

Universidad de Valparaíso
Facultad de Ingeniería
Escuela de Ingeniería Civil Industrial



**Diseño de un Cuadro de Mando Integral para el Área
Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso**

Por

**Claudia Orrego González
Madeleine Bourgeois Márquez**

Tesis para optar al título de
Ingeniero Civil Industrial
Y Grado de
Licenciado en Ciencias de la Ingeniería

Prof. Guía Rodrigo Latorre

Enero del 2015.

Agradecimientos

Esta tesis se la dedico a mis padres el pilar fundamental de mi vida, gracias por todo el apoyo y por alentarme a seguir cuando el camino se veía difícil. A mis abuelos por su amor incondicional y por entregarme valores entre ellos la fortaleza para cumplir mis objetivos. A mi familia por todo el amor y apoyo que siempre me han dado, Hermano, Yina, Dann, Yanin. Y por sobre todo agradecerle a mi hijo Martin por ser la luz que ilumina el camino, por ser el amor de mi vida.

Gracias Infinitas

Claudia Orrego González

Esta tesis se la dedico principalmente a mi hija mayor Bárbara, con quien empezamos a estudiar juntas esta carrera, ella desde dentro de mi vientre y luego teniendo que soportar mi ausencia durante las horas de clases y tiempo dedicado a la elaboración del informe.

También agradecer a mi hija Amanda, a mamá, papá, esposo y suegros quienes fueron un apoyo durante este largo proceso.

Gracias

Madeleine Bourgeois Márquez

Índice

Agradecimientos	2
Lista de abreviaturas y siglas	5
Lista de Figuras	6
Lista de Tablas	7
1. Introducción	8
1.1. Razones personales para elegir el tema	9
1.2. Planteamiento del problema	10
1.3. Pasos del Diseño Metodológico	11
1.4. Objetivos	13
1.4.1. Objetivo general.....	13
1.4.2. Objetivos específicos.....	13
2. Marco de Análisis de la Gestión en Salud Primaria	14
2.1. Antecedentes Generales.....	14
2.2. Atención primaria en Chile.....	15
3. Marco Teórico	19
3.1. Estrategia en las organizaciones	19
3.2. Estrategia en el sector público	20
3.3. Planificación estratégica	21
3.3.1 Planificación estratégica en organizaciones de salud	23
3.4. Elección de la Estrategia	24
3.5. Plan Estratégico	25
3.5.1. La misión	25
3.5.2. Objetivos estratégicos	25
3.5.3. Auditoría Estratégica	26
3.5.4. Análisis DAFO	29
3.5.5. Las estrategias.....	29
3.5.6. Los objetivos.....	30
3.6. Cuadro de Mando Integral	30
3.6.1. Antecedentes Generales	30
3.6.2. Cuadro de Mando Integral como Sistema de control	33
3.6.3. Estrategia como paso de un Proceso Continúo	36
3.6.4. Cuadro de Mando Integral en el Sector Público	37
4. Marco Analítico	50
4.1. Planificación estratégica del área salud de la CORMUVAL	50
4.1.1. Análisis externo	50
4.1.2. Análisis interno	63
4.1.3. Misión, visión y valores	105
4.1.4. Debilidades del Área Salud.....	108
4.1.5. Fortalezas del área salud.....	109
4.1.6. Oportunidades del Área Salud	110

4.1.7.	Amenazas del Área Salud	111
4.1.8.	Matriz Evaluación factores externos	112
4.1.9.	Matriz Evaluación Factores Internos	113
4.1.10.	Matriz FODA	114
4.1.11.	Formulación de objetivos estratégicos, indicadores y metas	115
4.2.	Mapa estratégico	125
4.2.1.	Creación de valor	125
4.3.	Plan Operativo	130
5.	Conclusiones	134
Anexo 1: Indicadores Sanitarios		136
Anexo 2: Tabla Evolución del gasto público en salud como % del PIB		143
Anexo 3: Beneficiarios del sistema público y privado en Chile		143
Anexo 4: Esquema de acceso a la atención de salud en Chile		145
Anexo 5: Funciones departamentos CORMUVAL		146
Anexo 6: Funciones principales personal área central salud		148
Anexo 7: Tabla Estándar Plan de Salud Familiar 2.....		154
Anexo 8: Financiamiento per cápita		155
Anexo 9: Pacientes inscritos y validados por FONASA		156
Anexo 10: Cartera de servicios de APS		157
Anexo 11: Indicadores de actividad de APS		159
Anexo 12: Indicadores Ley 19.813		161
Anexo 13: Procesos principales del área salud		163
Anexo 14: Procesos de Apoyo del Área Salud.....		170
Anexo 15: Desglose de ingresos área salud.....		175
Anexo 16: Desglose de gastos área salud		175
Anexo 17: Tabla aumento de pacientes crónicos		178
Anexo 18: Tablas de producción		178
Anexo 19: Tablas intangibles		180
Bibliografía.....		183

Lista de abreviaturas y siglas

- APS: Atención Primaria de Salud
- CORMUVAL: Corporación municipal de Valparaíso
- MINSAL: Ministerio de salud de Chile
- SSVSA: Servicio de salud Valparaíso San Antonio
- PSF2: Plan de salud familiar 2
-
- SOME: Servicio de orientación médico estadístico
- SAPU: Servicio de atención primaria de urgencia
- CESFAM: Centro de salud familiar
- CECOF: Centro comunitario de salud Familiar
- FODA: El FODA es una técnica que nos permite realizar un diagnóstico de la situación o las condiciones en las que se desarrolla la Institución.
- EFE: Matriz de Evaluación de los factores externos
- EFI: Matriz de Evaluación de los factores internos
- CMI: el Cuadro de Mando Integral, también conocido como "*Balanced Scorecard*" (BSC).
- OMS: Organización mundial de la salud, autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.
- OPS: Organización panamericana de salud, es un organismo internacional de salud pública.
- GES: Garantías explícitas en salud
- ISAPRE: Institución de salud previsional
- FONASA: Fondo nacional de salud.

Lista de Figuras

Ilustración 3-1: Planificación estratégica en una organización de salud	23
Ilustración 3-2: Fuerzas que actúan sobre una organización de salud.....	27
Ilustración 3-3: Perspectivas del CMI	32
Ilustración 3-4: Mapa Estratégico.....	32
Ilustración 3-5: Sistema de control de gestión estratégico	34
Ilustración 3-6: Elementos en común de un proceso de diseño de un CMI	35
Ilustración 3-7: Traducción de la misión en resultados buscados	37
Ilustración 3-8: Modelo de Kaplan y Norton para organizaciones públicas	43
Ilustración 3-9: Traducción de la misión a resultados esperados	48
Ilustración 3-10: Indicadores, metas e iniciativas que traducen la estrategia en acción	49
Ilustración 4-1: Tasa de mortalidad Infantil Chile (2003-2010).....	51
Ilustración 4-2: Crecimiento del gasto público (1988-2008).....	52
Ilustración 4-3: Tasa de mortalidad infantil Valparaíso (1999-2008)	52
Ilustración 4-4: Estratificación Social según Ficha CAS 2	54
Ilustración 4-5: Número de beneficiarios del sistema público y privado de salud	55
Ilustración 4-6: Mapa de la Red Asistencial.....	61
Ilustración 4-7: Estructura Organizacional de la Administración Central d	62
Ilustración 4-8: Área salud de la Corporación Municipal de Valparaíso	63
Ilustración 4-9: Estructura organizacional del área salud.....	66
Ilustración 4-10: Dotación 2010 área salud.....	69
Ilustración 4-11: Cadena de valor del área salud.....	74
Ilustración 4-12: Procesos principales del área salud.....	75
Ilustración 4-13: Ingresos del Área Salud	85
Ilustración 4-14: Distribución de gastos Área Salud 2010	87
Ilustración 4-15: Distribución de los gastos en personal área salud 2010.....	88
Ilustración 4-16: Gasto en remuneraciones comparado con pacientes.....	89
Ilustración 4-17: Centros de salud con funcionarios nivel 1-10.....	90
Ilustración 4-18: Consumo valorado de fármacos e insumos por centro de salud 2010.	91
Ilustración 4-19: Distribución de gastos en servicios básicos	92
Ilustración 4-20: Gastos en servicios básicos por número de inscritos	93
Ilustración 4-21: Distribución de gastos de especialidades	94
Ilustración 4-22: Tasa de consulta por habitante periodo 2000-2010	95
Ilustración 4-23: Tasa de consultas por paciente inscrito.....	96
Ilustración 4-24: Consultas de extensión horaria	97
Ilustración 4-25: Tasa de rechazos de atenciones del Área Salud.....	98
Ilustración 4-26: Resultados de trato del personal y calificación de la atención.....	99
Ilustración 4-27: Resultados de oportunidad de atención.....	100
Ilustración 4-28: Resultados de existencia de lugar para reclamos	100
Ilustración 4-29: Resultados de las solicitudes ciudadanas	101
Ilustración 4-30: Motivos de los reclamos ciudadanos	102
Ilustración 4-31: Motivos de las felicitaciones ciudadanas	103
Ilustración 4-32: Motivo de las sugerencias ciudadanas	103
Ilustración 4-33: Comparación entre funcionarios	104
Ilustración 4-34: Mapa Estratégico del Área Salud.....	125

Lista de Tablas

Tabla 4-1: Estructura socioeconómica de la población de Valparaíso	53
Tabla 4-2: Demanda de salud por nivel de ingresos.....	56
Tabla 4-3: Normativa legal del Área Salud	60
Tabla 4-4: Ubicación de los centros de salud y pacientes beneficiarios	65
Tabla 4-5 : Números de funcionarios por establecimiento del área salud.....	67
Tabla 4-6: Número de contratos a honorarios por inscrito	68
Tabla 4-7: Dotación de profesionales 2010 según el estándar PSF2.....	69
Tabla 4-8: Numero de horas necesarias	70
Tabla 4-9: Pacientes inscritos área salud (2005-2010).....	70
Tabla 4-10: Población inscrita en los centros de salud.....	71
Tabla 4-11: Metas IAAPS	72
Tabla 4-12: Cumplimiento metas Ley 19.813	73
Tabla 4-13: Indicadores de la Ley 19.813	73
Tabla 4-14: Proceso de apoyo proveer acceso a la atención	78
Tabla 4-15: Proceso de apoyo prestaciones de servicios de salud primaria	79
Tabla 4-16: Proceso de apoyo gestionar la salud de la población	80
Tabla 4-17: Proceso gestionar la salud de la población.....	83
Tabla 4-18: Consumo valorado anual de bodega de farmacia por grupo de artículos.	91
Tabla 4-19: Resultados Área Salud 2010	95
Tabla 4-20: Tasa de consulta por inscritos	96
Tabla 4-21: Productividad de los centros de salud 2010	97
Tabla 4-22: Número de personas encuestadas por establecimiento	99
Tabla 4-23: Solicitudes ciudadanas realizadas en el año 2010	101
Tabla 4-24: Debilidades del área salud.....	109
Tabla 4-25: Fortalezas del área salud	110
Tabla 4-26: Oportunidades del área salud	110
Tabla 4-27: Amenazas del área salud	111
Tabla 4-28: Matriz de evaluación de factores externos (EFE)	112
Tabla 4-29: Matriz de evaluación de factores internos (EFI).....	113
Tabla 30: Perspectiva del cliente	130
Tabla 31: Perspectiva Financiera.....	131
Tabla 32: Perspectiva de los procesos internos	132
Tabla 33: Perspectiva del aprendizaje y crecimiento	133

1. Introducción

Actualmente, junto con el desarrollo de los procesos estratégicos y la gran importancia que ha adquirido la visión estratégica en el éxito de las organizaciones, se ha fortalecido el interés por el desarrollo y aplicación de los sistemas de control estratégico.

Uno de los instrumentos que más se ha desarrollado y aplicado en los últimos años en todo el mundo es el Cuadro de Mando Integral de Kaplan y Norton, como Sistema de Gestión Estratégica. Esta herramienta de control de gestión permite complementar la visión de los financiadores con la de los clientes, además de complementar la visión histórica, con aspectos de futuro a través de la innovación y el aprendizaje, por lo tanto requiere de personas en permanente aprendizaje, de modo que estén en cada vez mejor condición para ofrecer un mejor producto o servicio para la generación equilibrada de resultados satisfactorios en cantidad y calidad para sus dos públicos objetivos, clientes y financiadores.

Las organizaciones sin fines de lucro y de gobierno, tal como su nombre lo indica, no están destinadas a obtener una ganancia monetaria, sino al logro de una misión. Obviamente, para su subsistencia y para su operación, requieren mantener un buen desempeño financiero en el largo plazo, porque el mal uso de presupuestos o la falta de recursos financieros pueden desembocar en una baja en la moral o en la desaparición de la organización. Sin embargo, la disponibilidad y el uso adecuado de los fondos financieros recaudados o asignados a la organización, es uno de sus indicadores de éxito, pero de ninguna manera "miden" su razón de ser. Para estas organizaciones, la satisfacción de los clientes, es el fin último que debe reflejar el éxito de estas organizaciones, y probablemente sea también, al menos en parte, el proveedor de los fondos.

Por lo tanto, el éxito de este tipo de organizaciones debería medirse por cuán eficiente y eficazmente satisfacen las necesidades de sus usuarios, motivo por el cual, el Cuadro de Mando Integral a través de su perspectiva del cliente, proporciona la razón principal de su existencia: servir a los clientes que además son sus electores.

Condición que ha sido recogida por este trabajo de tesis, en donde se comienza con una revisión bibliográfica de la planificación estratégica, que permita conocer cómo ha evolucionado este proceso y como enfrentan este desafío las organizaciones públicas y sin fines de lucro en su afán de cumplir con sus objetivos organizacionales. Lo anterior, teniendo presente que se está bajo el contexto de una visión sistemática, en donde la formulación como la implantación de la estrategia deben seguir una línea coherente con su desarrollo.

Dado estos conceptos es que el objetivo de este trabajo de tesis, se traduce en diseñar y proponer un modelo de control de gestión, utilizando como referencia el Cuadro de Mando Integral, para organizaciones públicas y sin fines de lucro, sobre la base de objetivos estratégicos obtenidos de una planificación estratégica.

Dada las condiciones muy particulares de las organizaciones sin fines de lucro que administran fondos públicos, como es el caso del Área Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso, existen elementos que dificultan los procesos de cambio, como son las estructuras organizacionales rígidas y la cultura organizacional que deben ser consideradas en el diseño e implementación de cualquier herramienta de cambio.

1.1. Razones personales para elegir el tema

Hoy en día las organizaciones de todos los ámbitos deben convivir con el cambio como una realidad. El Área Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso, no puede estar ajena a este ambiente y debe estar preparada para responder a los requerimientos de los distintos actores que interactúan con ella. Ante estos desafíos la dirección debe asegurar una alineación clara entre las definiciones estratégicas, la dirección y lo que hace y entiende la organización.

La alta complejidad de esta organización sin fines de lucro que administra salud primaria, está dada por la oferta y los servicios que entrega, por sus procesos productivos y por el manejo financiero. Los funcionarios que trabajan en esta organización en las que una cifra no inferior al 80% del gasto corresponde a gastos en personal tienen que tener características especiales, debido a que los pacientes y el producto salud son muy distintos a los de otros sectores económicos.

Las organizaciones sin fines de lucro como las Corporaciones Municipales que se encargan de administrar centros de salud pública, no requieren de capital para poder seguir creciendo, desarrollándose y alcanzar el grado de liderazgo en el país. Solo necesitan administrar muy bien los fondos disponibles y si es posible auto generar la mayor cantidad de dinero posible, con el objetivo de cumplir con sus objetivos y su misión, lo que solo es posible si existe una adecuada administración.

En un contexto general estas instituciones no cuentan con procesos de planificación estratégica formales, además la evaluación de la gestión es precaria, limitándose a comparar solo resultados financieros dejando de lado información que permita inducir dichos resultados. Además de no tener clara su visión ni su misión, ya que si bien es cierto estas existen, están en la mente de los directores o ejecutivos lo cual no permite a los funcionarios y colaboradores conocer en forma clara los objetivos institucionales de la organización, los cuales son fundamentales para alinear los esfuerzos personales, de los funcionarios.

La información sobre los pacientes es pobre ya que no se cuenta con sistemas que arrojen indicadores de calidad y satisfacción, por lo mismo los procesos internos no siempre son claros y es muy difícil de medir sus rendimientos.

En la complejidad de la prestación de servicios de este tipo de organizaciones de salud, se refleja una interrelación muy grande entre el paciente-cliente y el entorno interno

y externo que lo afecta y que hace de la salud pública una industria más compleja y difícil de administrar que otras áreas de la actividad económica.

Es por este motivo que la aplicación del instrumento de gestión estratégica “Cuadro de Mando Integral”, permitirá establecer a través de relaciones esenciales derivada de la perspectiva de los beneficiarios y financiadores, un mejor control del cumplimiento de las estrategias, anticipándose de esta forma a los problemas y tomando acciones correctivas inmediatas a través de la información y de las acciones generadas en el corto plazo, tomando como base el modelo de Norton y Kaplan, lo que favorecerá la integración de la eficiencia y efectividad en el desempeño de todas las unidades del Área Salud.

1.2. Planteamiento del problema

El Área de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso carece de normas, métodos, procedimientos, medidas prácticas adecuadas y estándares que le permita a esta organización asegurar con exactitud la confiabilidad de la información, promover la eficiencia de las operaciones, lograr adhesión a políticas y procedimientos operativos definidos por la administración y alcanzar los objetivos y metas generales y particulares.

Los estados financieros no consideran información de activos intangibles como el capital intelectual, la calidad del personal, alianzas estratégicas, efectividad de los procesos internos que hoy en día se presentan como los principales generadores de ventajas competitivas, fundamentalmente para que la organización pueda sobrevivir, crecer y a la vez sea rentable, por lo que un adecuado control de gestión es imprescindible a la hora de implementar las formulaciones estratégicas y contribuye significativamente a una acertada toma de decisiones.

La organización objeto de estudio es el Área Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso, esta organización actualmente no cuenta con un sistema integrador de la estrategia organizacional que posibilite su regulación y evaluación en forma integral, además no existe control de los procesos claves para su óptimo funcionamiento. De ahí que se ha definido como problema el cómo lograr que exista una interrelación coherente entre los diferentes procesos internos para gestionar las estrategias del Área Salud de manera integral.

El diseño y posterior aplicación del Cuadro de Mando Integral orientado a organizaciones públicas y sin fines de lucro permitirá enfocarse en distintas perspectivas, no solamente en las que tienen relación con las finanzas de la organización, permitirá reducir costos, aumentar la eficiencia, además de ayudar a la organización a entender e implementar su estrategia.

1.3. Pasos del Diseño Metodológico

Para el diseño del cuadro de mando integral, es necesario contar con una planificación estratégica previa, por este motivo se utilizarán 2 metodologías para el desarrollo del proyecto:

- Planificación Estratégica: como metodología de diagnóstico y definición de directrices estratégicas y elaboración de objetivos.
- Cuadro de mando integral: como metodología de comunicación, evaluación y seguimiento.

En este contexto el diseño del cuadro de mando integral ha sido planteado en 6 etapas consecutivas.

- Revisión Bibliográfica:** Relativa a la evolución de la salud primaria, planificación estratégica y control de gestión, a fin de estudiar el estado de arte del diseño de un Cuadro de Mando Integral, referido particularmente a entidades públicas y sin fines de lucro.
- Definición de la misión, visión y valores del área salud:** En esta primera etapa se desarrollarán espacios de trabajo en la dirección del área salud, para recopilar y procesar antecedentes previos que permitan construir la metodología, a partir de lo cual con todas las unidades del área salud se definirá en forma participativa, la misión, visión y valores del área salud.
- Diagnóstico e identificación de estrategias emergentes:** Para la identificación de las estrategias emergentes se trabajará en una primera etapa con un diagnóstico de la situación actual del área salud enfocado en un contexto interno y externo, posteriormente se trabajará en la realización de un análisis FODA, previo a la priorización de los distintos factores para lo cual se utilizarán las matrices de evaluación de factores internos (EFI) y externos (EFE). El resultado de este análisis será sistematizado y analizado técnicamente con la dirección del área salud. A partir de la construcción del FODA general, se realizará un análisis combinado de elementos de este, el cual da origen a diversas estrategias emergentes, lo que nos permitirá definir diversas áreas de intervención sobre las que se proponen los lineamientos estratégicos del Área Salud.

- iv. **Definición de objetivos estratégicos, actividades, metas e indicadores:** una vez identificados los lineamientos estratégicos, estos se deberán plasmar en objetivos definidos como una situación a ser alcanzada mediante la acción y el empleo de determinados recursos en un periodo determinado de tiempo.
- v. **Desarrollo de un mapa estratégico:** Los objetivos estratégicos obtenidos de la etapa anterior se trasladan hacia el mapa estratégico, en donde son encasillados en la respectiva perspectiva según corresponda, los cuales son relacionados de acuerdo a un planteamiento de causa efecto, para el cumplimiento de la misión organizacional.
- vi. **Elaboración del plan operativo anual del área salud:** En esta etapa se construyen los planes operativos a partir de la información generada en las etapas anteriores, la construcción de estos planes corresponde a la última etapa en el diseño de un CMI, el cual relacionará los indicadores para establecer criterios de alerta que permitan seguir y controlar el plan.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Diseñar y proponer un sistema de control de gestión estratégico para el Área Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso, basándose en la metodología del Cuadro de Mando Integral de Kaplan y Norton, que permita mejorar eficazmente el desempeño de la organización.

1.4.2. Objetivos específicos

- Describir, comprender e identificar factores claves de éxito del Área Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso.
- Elaborar indicadores de gestión que midan cuantitativa y cualitativamente la estrategia del Área salud.
- Establecer metas para contrastar los indicadores.
- Identificar iniciativas que materialicen los objetivos de la estrategia.

2. Marco de Análisis de la Gestión en Salud Primaria

2.1. Antecedentes Generales

La revisión del contexto internación y local es de vital importancia para el desarrollo de un proyecto en salud. Hacer propuestas que respondan a las prioridades y políticas del espacio en el que se quiere intervenir, supone la legitimidad de la participación de actores, porque evidentemente el proyecto responderá a la problemática social y sanitaria del ámbito.

En el marco internacional para este milenio según los objetivos de desarrollo establecidos por la ONU en el año 2008, la salud es una de las metas más importantes para la humanidad. En el contexto nacional y/o local se consideran las políticas sanitarias del país como lineamientos que ofrecen un marco para la formulación de este proyecto y que está determinado basándose en las prioridades, corrientes de desarrollo, acuerdos nacionales e internacionales y cambios propios o inducidos para cada país.

En los años 1970 existía un panorama económico y político crítico pues el mundo estaba en plena Guerra Fría, además de democracias poco estables y dictaduras militares, encontrándose la salud con una orientación centralista y deficiente. A pesar de esto en el mundo existían esfuerzos gubernamentales para permitir un mayor acceso a la salud, teniéndose como antecedente directo de la Conferencia de Alma-Ata a la III Reunión Especial de Ministros de Salud convocada en Chile en el año 1972, en donde se comprende las deficiencias e inequidades de los servicios de salud. A partir de 1972, nace la idea de lo que sería la Atención Primaria de Salud como estrategia para permitir el mayor acceso posible a toda la población.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los 70. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinado por la entonces URSS. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma-Ata, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue "Salud para Todos en el año 2000".

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria llegó a la declaración el 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales, con la ausencia importante de la República Popular China.

La Conferencia reafirma tajantemente la salud como aquel estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental y convirtiendo a la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la

participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud. (Alma-Ata, 1978).

La atención primaria de Salud (APS), según Alma Ata, es la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo.

Para la atención correcta de los principales problemas de salud, la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y por consiguiente incluye la educación acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos, promoción del suministro de alimentos y la nutrición apropiada, desarrollo de una adecuada fuente de agua potable y de salubridad básica, cuidado maternal e infantil, familiar, vacunación en contra de las más importantes enfermedades infecciosas, prevención y control de enfermedades endémicas locales, tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones, proporcionar los medicamentos esenciales (Alma-Ata, 1978).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata no consiguió cumplir la meta de "Salud para todos" necesaria para el año 2000 por, según los críticos, falta de voluntad médica, política e ideológica, generándose en ese plazo una brecha sanitaria aún mayor de la existente en 1978, y creándose sistemas de salud mixtos, para las clases bajas el subsidio estatal, muchas veces deficiente, y para las clases beneficiadas económicamente, la alternativa privada.

En la historia propia de cada nación, van cambiando los sistemas; la APS se va precisando como concepto y como práctica. En cada lugar y momento puede estar más o menos desarrollada; puede estar avanzada o rezagada respecto al conjunto del sistema. Como dice la Dra. Mirta Roses, Directora de la OPS, "debemos continuar evaluando las innovaciones en APS, difundiendo las buenas prácticas y aprendiendo nuevas formas para maximizar y mantener su impacto en el tiempo" ("La renovación de la APS en las Américas", OPS 2007). Como parte de estos procesos, debemos "corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS" y reconocer que "la APS es una estrategia para...reducir las inequidades en salud". Hoy "es preciso un enfoque renovador de la APS, razonado y basado en la evidencia, para lograr una atención universal, integral e integrada" (OPS/OMS, 2007).

2.2. Atención primaria en Chile

En Chile, el sistema de salud, una vez estructurado y profesionalizado, se dio un nivel formal de atención esencial, que se proyectó como accesible y continua, primero para los afiliados a la Caja de Seguro Obrero Obligatorio (1924) y luego para la mayoría de la población, en establecimientos llamados consultorios, casas de socorro, unidades sanitarias,

centros de salud o postas rurales. En 1952 fueron integrados en el Servicio Nacional de Salud.

Para la mayoría de la población, la cobertura con APS ha aumentado gradualmente, pero todavía es insuficiente en lo cuantitativo y, en algunas comunas, la calidad deja que desear. El avance que se venía produciendo en el período del SNS tuvo una especial relación con los focos de reflexión y demostración vinculados a las Facultades de Medicina de las Universidades de Chile y de Concepción, donde estuvieron activos los grupos de Viel, San Martín, Baeza Goñi, Rosselot, Gustavo Molina, Neghme, y otros actores como Darricarrère, Horwitz, Patri, Jelic, etc. Este avance convergió con progresos médico sociales y tecnológicos, tales como, la planificación en salud (centrada en la Escuela de Salubridad), el control de enfermedades transmisibles y la desnutrición, el saneamiento básico, la educación sanitaria, el servicio social, la enfermería y obstetricia de salud pública y la planificación familiar. También surgió la percepción de derechos en salud por parte de la población. Se sentaron así las bases para el notable descenso de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna.

La orientación y el impulso cambiaron con el ajuste estructural del Estado efectuado durante el gobierno militar. Este municipalizó la atención primaria, separándola así del sistema público de atención de la salud; redujo el personal y deterioró sus condiciones de su trabajo y de remuneración. Muy importante fue el brusco retroceso producido en la calidad de la formación en Salud Pública y la disminución de los respectivos especialistas por exoneración, exilio o eliminación física (Montoya Aguilar, 1994).

Una vez recuperada la democracia y hasta hoy, es decir, durante los gobiernos de los Presidentes Aylwin, Frei Ruiz-Tagle, Lagos, Bachelet y Piñera, se ha avanzado en el necesario proceso de recuperación de la infraestructura y funcionamiento del subsistema público de la salud y se ha mejorado la regulación del subsistema privado de aseguramiento y de atención. En el caso de la APS, la Presidenta Bachelet, en su discurso a la nación, del 21 de mayo del 2008, informó que existen en el país 1600 establecimientos de APS pública, entre consultorios, centros de salud familiar y postas rurales; a ello se agregan 184 servicios de atención primaria de urgencia (SAPUs). Tan solo en el año 2007-2009 se habían abierto 31 consultorios nuevos y se estaban construyendo otros 21 establecimientos de este tipo, con un diseño arquitectónico especialmente adaptado para la atención sectorizada y un equipamiento tecnológico avanzado; y en el año 2008 entrarán en funciones otros 16 SAPUs (La Nación, 2008)

Estos esfuerzos se realizan en un contexto político y económico especial. Como señala el documento citado de la OPS 2007, persisten hasta hoy “las nuevas políticas económicas y la contracción del Estado”. En este marco, ciertos aspectos de nuestra Atención Primaria de Salud se han alejado de la línea de progreso conceptual y doctrinaria señalada en la Declaración de Alma Ata y demás documentos internacionales sobre el desarrollo humano y la protección social. Una lección importante ha sido el comprobar que la municipalización de la APS, iniciada por el gobierno militar y consolidada en la Ley 19.3781, de abril 2005, en lugar de potenciar la descentralización y la participación

comunitaria en el sistema, ha aumentado la inequidad entre las comunas pobres (las más) y las ricas, ha incrementado el gasto administrativo y la dificultad de mantener la calidad y la efectividad de las acciones, llevando al retorno de la verticalización de algunas actividades.

En cambio, hay municipios que, agobiados por la responsabilidad de administrar los establecimientos, no cumplen a cabalidad con las funciones que más les corresponden en salud y que se refieren al saneamiento ambiental, a la coordinación intersectorial y a mantener a la comunidad informada y educada en las prácticas protectoras de la salud. Una consecuencia es que el papel de nuestra APS se ha concentrado en responder dentro del marco de sus recursos, a la demanda de asistencia –principalmente curativa– de la población, y a continuar acciones definidas en el tiempo en las áreas de salud materno-infantil y nutrición (por ejemplo, en Chile, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria) y en el control de enfermedades infecciosas (por ejemplo, Programa Ampliado de Inmunización). No ha contribuido en forma suficientemente deliberada y reflexiva a los principios de equidad, efectividad, eficiencia, dignificación y participación de las personas, ni a la superación de sus propios ejecutores. Incluso, se habían olvidado –y hoy se hacen esfuerzos por recuperarlas– las técnicas básicas de atención a sectores y familias, de trabajo en equipo, de trabajo social e intersectorial, de estudios locales de costos y de calidad, de investigación en servicios de salud; en suma, los enfoques y prácticas de la Salud Pública (OPS/OMS, 2007).

Se echa de menos la contribución que debería hacer en promoción y prevención y a la obtención de mejores resultados en salud ambiental, en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y de sus factores de riesgo, en accidentes y violencia, en depresión, en abuso de alcohol y de drogas, y en otros problemas de salud mental. Ello se relaciona con la debilidad de la participación y liderazgo del sector en cuanto a la cooperación intersectorial para la salud, debilidad que a su vez se puede atribuir en gran medida a la insuficiencia de la cantidad de tiempo y de la calidad de los recursos humanos existente en muchos consultorios. Tales problemas llevan a la acción no coordinada y poco eficaz de variados sectores, instituciones y programas. Tampoco contribuye nuestra APS a la protección financiera de los usuarios del sistema público, ya que obliga a muchos a gastos de bolsillo para remediar dificultades de acceso a los servicios y para adquirir los medicamentos que les son prescritos.

Son situaciones que deberemos superar para que la APS y la Salud en su conjunto desempeñen el papel que les corresponde en el amplio contexto del desarrollo económico y social. Las más recientes medidas de Reforma no corrigieron la separación de APS respecto del sistema. Por el contrario, la legislación creó nuevas segmentaciones de las estructuras directivas y de las prácticas administrativas y financieras de los hospitales. Como consecuencia, la APS ha quedado más alejada del sistema, al diferir su racionalidad financiera de la de los hospitales, ya que se le asignan sumas limitadas de recursos per cápita, en tanto que a los hospitales públicos se les paga en gran parte por acto realizado. (Cuadernos Sociales, 1992)

También permanece debilitado su componente profesional y en especial, médico, al separarse la carrera funcionaria de APS de la carrera funcionaria general, al quedar separada su dependencia de las Direcciones territoriales de salud, y al ser extranjeros –en gran proporción– sus profesionales médicos. La situación vigente ha resultado en la marginación de los médicos respecto al equipo de APS y en particular respecto a las funciones de la salud pública local y de la atención integral, utilizándoseles sólo para resolver la “morbilidad”, sin que ejerzan plenamente su rol frente a la población y dentro del sistema. La estructura gremial que se han dado los miembros de la APS necesariamente refleja y profundiza esta separación. Entre las consecuencias objetivas de la separación se encuentra el estancamiento de la concentración de consultas médicas de la APS del sistema público en un nivel bajo, de una consulta por habitante al año (Montoya Aguilar C, 1994). Ello es consistente con el déficit observado de 51% de médicos, de 48% de odontólogos, y de 45% de enfermeras, respecto a las normas oficiales de dotación de estos profesionales para la APS (Ipinza, 2007). Ello se relaciona con la falta de motivación de los profesionales jóvenes para servir en los consultorios urbanos municipalizados de las comunas pobres, en las condiciones actuales (una muy alta proporción de los médicos de APS son actualmente extranjeros). Ahora bien, “el desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel de los recursos humanos”. Ellos necesitan tiempo suficiente y sólidos conocimientos clínicos y de salud pública, para ir más allá del alivio de síntomas y de los cuidados paliativos y, entre otros objetivos, garantizar la seguridad de los pacientes.

El documento citado de OPS, 2007, clasifica a las reformas recientes de salud en: las que tienen resultados limitados, las que logran resultados mixtos y, aún, las que han tenido efectos netos negativos (Homedes N, 2005). De acuerdo a esta clasificación, podríamos incluir a la reforma chilena entre las de resultados mixtos. Por cierto, tenemos “una agenda pendiente en salud”. Por otra parte, las garantías explícitas legalmente exigibles (GES), recientemente otorgadas a la población (Diario Oficial, 2004), respecto a 56 enfermedades y a las respectivas intervenciones específicas, refuerzan en la práctica el peso relativo de los hospitales en el sistema y aumentan sus costos entre otras cosas, por la necesidad de comprar servicios al sector privado y por la generalización del pago por acto en los sectores público y privado –free for service–, en lugar de reforzar y hacer uso del potencial resolutivo que debería tener la APS.

3. Marco Teórico

3.1. Estrategia en las organizaciones

Como consideración preliminar de este estudio, es importante hacer referencia al tema de la estrategia, la cual ha evolucionado continuamente, siguiendo diferentes líneas de pensamiento. Por lo que una forma de resumir estas distintas líneas es aprovechar el esfuerzo realizado por Mintzberg, et al. (1998), que resume la idea principal de cada línea de pensamiento, destacando en forma general, las escuelas prescriptivas, cognoscitivas y de la configuración.

Es importante señalar los esfuerzos realizados por Druker, Chandler, Ansofft y Andrews en los años 50 y 60. En el cual el profesor Druker, fue uno de los primeros en utilizar el término estrategia en administración, al destacar que las organizaciones debían saber cuál era su negocio (actual) y en cual querían estar (futuro)(Rivera, 2003).

Ya en los años setenta, se comenzaron a desarrollar los consultores estratégicos. En donde el “Boston Consulting Group” (BCG), tuvo un gran impacto en la investigación de problemas de estrategia corporativa y de negocios, particularmente destacable fue el desarrollo una nueva forma de interpretación en el análisis estratégico, la “matriz de crecimiento-participación” para ser usada como una herramienta de análisis de portafolio (Frederick W. Gluck, 1979).

Esta situación dio paso a la necesidad de considerar el entorno, en la formulación de estrategias ganadoras, mediante la “planificación estratégica”. De la Escuela de Negocios de Harvard, mediante la aplicación del Modelo FODA, (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) se desarrollo una metodología para la toma de decisiones, que es utilizada con ciertas variaciones hasta nuestros días.

En los ochenta aparece Michael Porter y otros académicos, que refinando esta misma herramienta de análisis estratégico, llevaron a internalizar el “pensamiento estratégico” como un proceso indispensable de éxito. En este mismo sentido, se desarrolló el modelo de la “cadena de valor” por la consultora McKinsey, en donde se trataba de identificar las actividades que generan valor para la empresa. En 1980, Porter publica Competitive Startegy, en donde desarrolla un análisis de mercados y la lucha competitiva, desarrollando técnicas para ser aplicadas en distintas condiciones competitivas.

Pero el tiempo ha demostrado, que lamentablemente no basta con formular sólo buenas estrategias, sino que es necesaria una adecuada implementación, por lo que aparece la Dirección estratégica, que se define como “un sistema integrado de dirección, que interrelaciona al proceso de formulación de estrategias con la implementación de estas”. Importancia que a pesar de ser reconocida en muchas oportunidades se transforma en un enigma, dado problemas internos, políticas erróneas, falta de procesos formales, o en el caso de existir están mal diseñadas, luchas de poder y falta de comunicación son algunos de los obstáculos que enfrenta la implementación de una estrategia. Problemas, que permiten deducir que esta etapa no es un proceso rígido, ni exacto, ya que el factor humano juega un

rol esencial, destacando algunos elementos que hacen fracasar la implementación como son:

- La gestión diaria se realiza separadamente de los objetivos estratégicos futuros.
- No existe en la mente de los trabajadores de la empresa, los énfasis relevantes derivados de la estrategia.
- No se produce lo que más tarde denominaremos la apropiabilidad de la estrategia.
- La Misión y los Valores son poco concretos, se encuentran enlazados débilmente con los sistemas formales de la organización.
- Las estrategias no bajan en la organización, ni llegan a constituirse en agendas de trabajo que formen parte del trabajo habitual de los miembros de la empresa.
- No existe una alineación entre los desafíos estratégicos y los recursos, capacidades y habilidades superiores de la empresa.
- La estructura organización no representa encargos consistentes con los desafíos derivados de la estrategia.

3.2. Estrategia en el sector público

Las entidades no lucrativas y las administraciones públicas normalmente tienen bastante dificultad para definir claramente la estrategia. Estas organizaciones deben entender la advertencia de Michael Porter de que la estrategia es no solo lo que la organización intenta hacer, sino que también lo que decide no hacer. Este mensaje resulta particularmente relevante para las organizaciones públicas y sin fines de lucro.

Las organizaciones sin fines de lucro pueden ser estratégicas y construir una ventaja competitiva de otras maneras que con la pura excelencia operativa. Para ello es necesario tener visión y liderazgo, para ir más allá de la mejora de procesos existentes y llegar a una estrategia que destaca los procesos y actividades importantes a poner en marcha. En estas los donantes proporcionan los recursos financieros es decir pagan por el servicio, mientras que otro grupo los beneficiarios, reciben el servicio. En este caso en lugar de tener que tomar una decisión de quien es el cliente, estas pueden colocar la perspectiva del donante y de la parte que recibe en la parte superior de sus cuadros de mando integral (Kaplan y Norton, 2001).

3.3. Planificación estratégica

La planificación estratégica proporciona beneficios a todas las organizaciones, independientemente de su tamaño o experiencia. Para que las entidades puedan aprovechar al máximo sus oportunidades, necesitan una dirección apropiada que se apoye en una planificación estratégica eficaz que les permita “definir con precisión los objetivos y las políticas y que conduzca a una mejor coordinación de esfuerzo, y además proporcione cifras más fáciles de controlar” (Kotler y Armstrong, 2002: 35). Por tanto, apuntar que planificar en un entorno cambiante como el actual no es útil es un argumento radicalmente erróneo. De hecho, “el plan estratégico implica una adaptación de la organización a las oportunidades de un entorno en permanente cambio” y se trata, entonces, del “proceso de desarrollo de un ajuste estratégico entre los objetivos de la organización y su entorno cambiante” (Kotler e Armstrong, 2002: 35). Miguel Santesmases señala que la planificación estratégica “no consiste en planificar el futuro, sino las acciones actuales, teniendo en cuenta cómo afectan al futuro; no es previsión de ventas a largo plazo, sino un proceso de toma de decisiones en el presente, contemplando los cambios esperados en el entorno” (1995: 643). Peter F. Drucker proporciona un matiz más: la planificación estratégica es un medio para evaluar el riesgo (1975: 85-89).

La planificación estratégica trata de mantener la organización adaptada de forma óptima y continua a sus mejores oportunidades, analizando los cambios del entorno y aprovechando al máximo los recursos internos que le confieren una ventaja frente a la competencia (Kotler, 1988:33-35). Con una planificación estratégica adecuada, la organización podrá aprovechar de manera efectiva las oportunidades que identifique o se le presenten, y utilizar los recursos internos de los que disponga.

José Luis Belío y Ana Sainz Andrés (2007) concluyen que, hablando en términos académicos, el plan estratégico resulta de un proceso sistemático en el que participan todas las áreas de la empresa u organización y que compara las oportunidades del entorno con las capacidades propias para deducir los caminos a seguir y los objetivos a alcanzar. Esta concepción involucra a muchas personas dentro de la organización y, precisamente por este motivo, las conclusiones pueden resultar controvertidas. Sin embargo, el mundo organizacional cada día es más consciente de la utilidad del pensamiento estratégico y, por ello, se ha ido abriendo paso como herramienta de gestión en un procedimiento en el que las ideas y los propósitos de los directivos acerca de la organización se concretan en documentos sencillos, elaborados en pequeños grupos normalmente en el seno de la alta dirección. Este tipo de prácticas se engloban bajo la denominación de establecimiento de la estrategia de la organización.

El concepto de estrategia es el resultado de una evolución que se produjo en el mundo de las organizaciones. Surgió de una preocupación casi exclusiva por la definición interna de la entidad y de su proceso de planificación, y hoy en día se configura como una actitud general vinculada a la dirección de la empresa, lo que permite el desarrollo de todo un proceso completo de identificación de fines, misiones, objetivos y acciones a emprender.

Este proceso, que podría interpretarse como un proceso de definición estratégica de apoyo para la dirección, acabó provocando que la mayoría de los autores acuñasen el concepto de dirección estratégica, como subordinada a la dirección general, pero con sus propias particularidades. En consecuencia, la dirección estratégica es, pues, “un sistema de dirección empresarial para formular estrategias” (Marín y Pérez, 2007: 7).

Este sistema de dirección se considera el más útil para un entorno complejo y cambiante en la medida en que incluye el control durante las acciones planificadas, de forma que pueden modificarse o detectarse problemas durante la ejecución que obliguen a aplicar acciones correctoras para alcanzar los objetivos, cambiar las estrategias o variar los objetivos.

La estrategia es, por tanto, “la respuesta que las organizaciones dan a los problemas estratégicos que se les presentan de cara a tratar de armonizar su relación con el entorno que las rodea” o bien “el conjunto de políticas y acciones definidas por la organización para tratar de alcanzar sus objetivos a largo plazo” (Mad Comunicación, 2007: 95-96). Esto se concreta en dos aspectos fundamentales:

- a) Definición del ámbito de actuación de la organización, es decir, de los productos que va a ofrecer y los mercados a los que se los va a ofrecer.
- b) Determinación de cómo va a competir en los mercados elegidos, manteniendo una posición fuerte y estable frente al resto de las organizaciones que operan en el mercado.

El pensamiento estratégico evolucionó desde su aparición oficial en los años sesenta del siglo XX, de manera que hoy en día la estrategia se conforma como un proceso de carácter interactivo entre la organización y el entorno, que implica la existencia de una planificación basada en la consecución de unos objetivos a largo plazo, la proyección a defender y a mantener o mejorar la competitividad de la organización.

En realidad, “la estrategia es el camino elegido para conseguir un objetivo, por ejemplo, el de construcción y entrega de una propuesta valiosa para el mercado objetivo” (Kotler, 2003: 37). Por eso, la estrategia debe ser diferente de las ejecutadas por la competencia y difícil de imitar, pues, de no ser el caso, se trataría de una estrategia débil.

La aplicación de este pensamiento en la toma de decisiones en lo relativo a la formulación y puesta en marcha de estrategias fue estudiada por distintas escuelas, a pesar de que todas las teorías se reducen a dos visiones principales: la económica y la organizativa. La Escuela Racional, basada en consideración económica y encarnada en Porter y Ansoff, estudia la estrategia en relación con los medios que la organización utiliza para alcanzar sus objetivos, mientras que la Escuela Organizativa, que tiene a Mintzberg o a Cyert como principales seguidores, preconiza una visión de la estrategia como dirección.

En todo caso, toda estrategia está compuesta por cuatro elementos fundamentales:

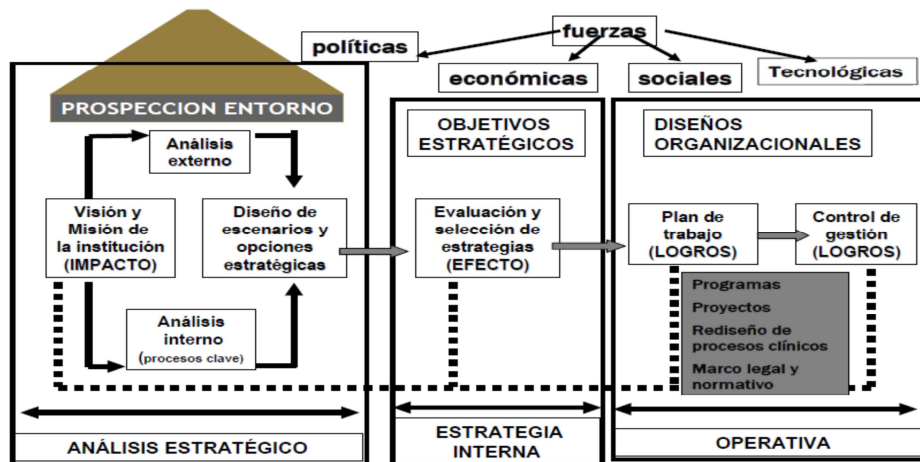
- a) El campo de actividad: pretende delimitar el ámbito de actuación de la organización con el entorno.
- b) Las capacidades distintivas: conjunto de recursos y habilidades presentes o potenciales de la organización.
- c) Las ventajas competitivas: características diferenciales sobre los competidores que colocan a la organización de forma favorable frente al resto de la competencia.
- d) El efecto sinérgico: el efecto amplificador producido por la correcta combinación de los tres elementos anteriores.

3.3.1 Planificación estratégica en organizaciones de salud

La mirada al escenario en que se mueven los servicios de salud y su prospección ofrece ventajas en la planificación de su espacio de intervención. Por ejemplo, dimensiona realmente su aporte y evita duplicaciones; responde más adecuadamente a las demandas y satisface mejor las expectativas. Pero debe responder a algunos desafíos: considerar la intersectorialidad, valorar la presencia de otros actores, adaptarse a los cambios, estos elementos no son fáciles de incorporar en una cultura organizacional pegada a la tradición y a la jerarquía.

En la caracterización de los escenarios, lo primero que se visualiza es el escenario de continuidad, pero también es necesario imaginar un escenario de crisis, que ocurre cuando las condiciones de base, los supuestos de no cambio cambian. Otros escenarios imaginables se configuran cambiando elementos clave favorables y desfavorables del entorno y de la propia unidad sujeto de planificación estratégica.

Ilustración 3-1: Planificación estratégica en una organización de salud



Fuente: Extraído del documento "Elementos para el desarrollo institucional de una organización, bases para una planificación estratégica, Ester Fecci, Universidad Austral de Chile, Wifred Diener, Universidad de la Frontera 2001.

3.4. Elección de la Estrategia

En la realidad actual de las organizaciones y del contexto del entorno en que estas se encuentran inmiscuidas, la búsqueda de ventajas competitivas requiere distintos niveles de estrategias. Se constata la existencia de tres niveles diferentes de estrategias (Mad Comunicación, 2007: 97-98):

- a) Estrategia global, estrategia corporativa o estrategia de organización: en este primer nivel se trata de considerar la relación entre la organización y su entorno, de manera que lo que más importancia tiene es el campo de actividad.
- b) Estrategia de negocio o estrategia divisional: este segundo nivel es imprescindible para aquellas organizaciones que presenten un alto grado de multi actividad y diversificación. Se aplica a aquellas unidades organizativas unidades estratégicas empresariales- que compiten en un segmento específico con un grupo identificable de usuarios y competidores, y tienen su propia cuenta de resultados. Ocupa las capacidades distintivas y las ventajas competitivas.
- c) Estrategia funcional: se centra en cómo utilizar los recursos disponibles y las habilidades existentes dentro de cada área funcional de cada actividad o unidad estratégica con el fin de maximizar la producción de esos recursos. Los componentes clave son las capacidades distintivas y el desarrollo de sinergias. La estrategia funcional se dirige a la consecución de los objetivos de la organización y facilita la estrategia corporativa global.

La adopción de una estrategia concreta por parte de la dirección de la organización, independientemente de su orientación o nivel, deberá considerar no sólo los factores de oportunidad respecto a su entorno competitivo, sino también su integración total junto con el diagnóstico de su propia situación económica y el conjunto de objetivos, normas y procedimientos que rigen su funcionamiento general y las relaciones con el exterior.

Así pues, en suma, la dirección estratégica puede definirse como un proceso que, mediante las funciones de análisis, planificación, organización, ejecución y control, persigue la obtención de una ventaja competitiva sostenible en el tiempo y defendible frente a la competencia a través de la adecuación de los recursos y capacidades de la organización al entorno en el que opera, con el fin de establecer los objetivos de los múltiples grupos participantes en la organización (Munuera y Rodríguez, 2002).

3.5. Plan Estratégico

La estrategia general de la organización acostumbra concretarse en el plan estratégico, que incluye varios componentes: la misión, los objetivos estratégicos, la auditoría estratégica, el análisis DAFO, y los objetivos que persigue la organización, y las estrategias que va a utilizar para conseguirlos.

3.5.1. La misión

Una organización tiene sentido desde el momento en que realiza algo útil para su mercado. Las organizaciones definen su misión para que sea compartida por los directivos, los empleados y, en muchas ocasiones, por los clientes y grupos de interés, puesto que una declaración de la misión bien desarrollada proporciona al personal de la organización una idea común de los objetivos, la dirección y la oportunidad.

Por lo tanto, la misión “es una declaración formal del propósito general de la organización, lo que desea conseguir en el tiempo y en el espacio”, que “actúa como una mano invisible que guía a los empleados para que puedan trabajar de una manera común en la realización de los objetivos de la organización” (Kotler e Armstrong, 2002: 37).

Definir la misión de cada organización es una tarea complicada. Se trata de recoger el componente aglutinador e integrador de todas las posibles actividades de la organización, por eso debe estar bien definida de cara a facilitar la identificación y selección de posibles opciones estratégicas, aunque no siempre resulta fácil (Mad Comunicación, 2007: 103). José Luis Belío e Ana Sainz Andrés (2007) entienden que la declaración de la misión debe incluir, cuando menos, alguno de estos elementos: la actividad que desarrolla la organización; las necesidades individuales o sociales que trata de satisfacer; la preocupación por la imagen pública, por la calidad y/o por el medio ambiente; la filosofía y los valores de la organización y/o la diferenciación de la competencia.

La misión ha de destacar las políticas que la organización decide aplicar con respecto al comportamiento de los empleados con los destinatarios, con los suministradores, con la competencia y con cualquier otro grupo de interés. Pero, además, la declaración de la misión debe proporcionar una visión a largo plazo, entre diez y veinte años, ya que si “la misión es la razón de ser de la empresa, el concepto visión responde a donde le gustaría llegar en el futuro” (Kotler e Armstrong, 2002: 39).

3.5.2. Objetivos estratégicos

Para que la misión guíe las acciones de la organización deben convertirse en objetivos estratégicos. En este sentido, la misión se traduce en una jerarquía de objetivos tanto de negocio como de marketing.

Para la evaluación de objetivos deben construirse los llamados indicadores de resultados, asociados a los distintos niveles de objetivos planteados. De este modo en primer lugar deben mostrar el resultado en términos de impacto con relación al nivel estructural o a modificaciones tan profundas que hacen variar sustancialmente el próximo plan. Los indicadores de efecto muestran los resultados a nivel funcional, es decir, modificaciones en las capacidades institucionales y personales que hace que se produzca el cambio estructural. El logro es el resultado a nivel concreto y expresa los compromisos que es capaz de asumir el equipo planificador en los plazos del plan, en forma secuencial o simultánea [Chiavenato, 1999].

Para lograr esos compromisos el equipo debe realizar una cierta cantidad de actividades o prestaciones durante la ejecución del plan. Un análisis estratégico en la formulación de planes debe servir como carta de navegación para la institución y proporcionar el marco de lo que puede hacerse para aprovechar las ventajas del entorno y minimizar las amenazas a través de las fortalezas y debilidades de ella [Flores, 1989].

3.5.3. Auditoría Estratégica

La auditoría estratégica supone recoger información que se considera importante para la organización y que sirve para concretar los objetivos y las estrategias. Se compone de dos partes: la auditoría externa y la interna.

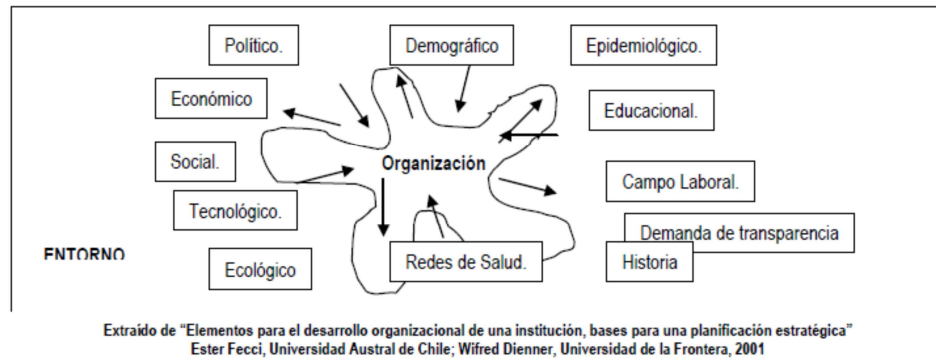
La primera supone el examen detallado de los mercados, la competencia y el entorno, mientras que la segunda analiza todos los aspectos propios de la organización, es decir, “es una valoración de la cadena de valor en la que opera la empresa” (Kotler e Armstrong, 2002: 41).

A continuación se detallan las fases de la auditoría estratégica:

➤ Auditoría Externa

El propósito de una auditoría externa es crear una lista definida de las oportunidades que podrían beneficiar a una organización y de las amenazas que deben evitarse. El objetivo de la auditoría externa es elaborar una lista exhaustiva de cada factor posible que pudiera influir en la organización; más bien su objetivo es identificar las principales variables que ofrezcan respuestas prácticas [Fred R. David, 2003].

Ilustración 3-2: Fuerzas que actúan sobre una organización de salud



Fuente: "Elementos para el desarrollo organizacional de una institución, bases para una planificación estratégica", Ester Fecci, Universidad Austral de Chile, Wilfred Diener, Universidad de la Frontera, 2001

Las Fuerzas externas claves se dividen en cinco categorías principales:

a) Fuerzas Económicas

Los factores económicos ejercen un impacto directo en el atractivo potencial de diversas estrategias como por ejemplo el aumento de la tasa de interés, tendencia en el valor del dólar etc.

b) Fuerzas sociales, culturales, demográficas y ambientales

Estos cambios ejercen un cambio importante en casi todos los productos, servicios, mercados y clientes. Las oportunidades y amenazas que surgen de los cambios en estas variables impresionan y desafían a empresas grandes y pequeñas, lucrativas y no lucrativas. Estas definen la forma de vida, de trabajo, de producción y de consumo. Las nuevas tendencias crean un tipo distinto de consumidor y como consecuencia la necesidad de nuevos productos, servicios y estrategias.

c) Fuerzas políticas, gubernamentales y legales

Los gobiernos federales, locales y extranjeros son los principales reguladores, liberalizadores, subsidiarios, patrones y clientes de las empresas; por lo tanto, los factores políticos, gubernamentales y legales representan oportunidades y amenazas claves para las empresas tanto grandes como pequeñas.

d) Fuerzas tecnológicas

Las fuerzas tecnológicas representan importantes oportunidades y amenazas que se deben tomar en cuenta al formular estrategias. Los avances tecnológicos pueden afectar

enormemente los productos, servicios, mercados, proveedores, distribuidores, competidores, clientes, procesos de producción, prácticas de comercialización y posición competitiva de las organizaciones. Los avances tecnológicos pueden producir ventajas competitivas nuevas más potentes que las ventajas existentes. Hoy, ninguna compañía ni industria queda aislada de los avances tecnología de punta, detectar y evaluar las oportunidades y amenazas tecnológicas clave puede representar la parte más importante de la auditoría externa de la administración estratégica

Los temas tecnológicos serán fundamentales para casi todas las decisiones importantes que tomen los estrategas. Para esas decisiones, será crucial la capacidad para abordar la planificación tecnológica en forma analítica y estratégica. Una estrategia tecnológica eficaz se fundamenta en un análisis a fondo de las oportunidades y amenazas de la tecnología y una evaluación de la importancia relativa de esos factores para la estrategia de la corporación entera.

e) Fuerzas Competitivas

La recolección y evaluación de información sobre los competidores es básica para la formulación de la estrategia con éxito. La identificación de los competidores principales no siempre es fácil, ya que muchas empresas tienen divisiones que compiten en distintas industrias. La mayoría generalmente no proporcionan información sobre las utilidades de sus divisiones por razones competitivas. Además las empresas de propiedad privada no publican ninguna información financiera ni de mercadotecnia.

Los cambios que ocurren en las fuerzas externas se traducen en cambios en la demanda de los consumidores por productos o servicios. La identificación y evaluación de las oportunidades y amenazas externas permiten a las empresas elaborar una misión definida, diseñar estrategias para lograr objetivos a largo plazo y establecer políticas para establecer políticas anuales.

➤ Auditoría Interna

El proceso de realizar una auditoría interna es muy semejante al proceso de llevar a cabo una auditoría externa. Los gerentes y empleados que representan todas las áreas de la organización necesitan participar en la determinación de las fortalezas y las debilidades de la organización. La auditoría interna requiere la recolección y la asimilación de información sobre las operaciones de dirección, mercadotecnia, finanzas y contabilidad, producción y operaciones, investigación y desarrollo y sistemas de información de la gerencia [Fred R. David, 2003]

La Auditoría interna incluye un análisis exhaustivo de la capacidad estratégica de la organización, la cual depende de tres factores:

- Recursos disponibles
- Competencias con que se realizan las actividades en la organización

- Equilibrio entre recursos, actividades y unidades organizacionales de la entidad.

El análisis de la capacidad estratégica de una organización es importante, evidentemente cuando se trata de averiguar si los recursos y las competencias se ajustan al entorno en el que se mueve la organización y si existen oportunidades y amenazas. La capacidad de la organización puede ser el principal motor de los desarrollos estratégicos pudiendo aparecer nuevas oportunidades si se extienden y explotan los recursos y competencias exclusivas de la organización, de tal manera que los competidores encuentren difícil imitarlas, o se localice una nueva dirección de desarrollo, o ambas cosas. Esto exige que las organizaciones sean más innovadoras a la hora de desarrollar y explotar sus recursos y competencias [Fred R. David, 2003].

3.5.4. Análisis DAFO

El análisis DAFO comprende los puntos fuertes y débiles de la organización y las amenazas y oportunidades que le ofrece el entorno. La función del análisis DAFO es obtener información, dividiéndola en interna y externa, para realizar un análisis de situación y determinar si indica algo que ayude a lograr los objetivos de la organización o que sea un obstáculo para conseguir dichos objetivos.

El resultado del análisis es una matriz con cuatro celdas: fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, que pueden cuantificarse según las percepciones de los usuarios. La valoración de cada una de ellas vendrá dada por su magnitud e importancia y, así, las de mayor importancia deberán influir más en el desarrollo de la estrategia, del mismo modo que las estrategias deben procurar convertir las debilidades en fortalezas y las amenazas en oportunidades, si se dispone de los recursos adecuados.

3.5.5. Las estrategias

Las estrategias posibles para alcanzar los objetivos pueden ser muy diversas. Un mismo objetivo puede conseguirse mediante estrategias diferentes y la misma estrategia no siempre proporciona resultados idénticos. Belío y Sainz (2007) consideran que el establecimiento de una estrategia supone un intercambio de informaciones y opiniones que se van depurando con una trayectoria de subidas y bajadas y cambios de rumbo ocasionales.

La estrategia como ya se definió es el patrón o plan que integra las principales metas y políticas de una organización y a la vez establece la secuencia coherente de las acciones a realizar. Estas establecen como se van a lograr los objetivos estratégicos y pueden ser intentadas (planeadas) o emergentes (no planeadas). El objetivo básico de la estrategia es lograr una ventaja competitiva. Esta no es más que cualquier característica de la organización que la diferencia dentro de la competencia directa o dentro de un sector.

Las políticas son reglas o guías que expresan los límites dentro de los cuales debe ocurrir la acción, guían a la dirección general, a la posición de la entidad y determinan su viabilidad.

3.5.6. Los objetivos

Debido a que los recursos de las organizaciones acostumbran a ser limitados, normalmente es preciso establecer prioridades en las actividades, es decir, se necesita concretar metas y objetivos para el plan estratégico (Ferrell et al., 2002).

Las metas u objetivos cualitativos son logros generales deseables que se formulan en términos amplios. Indican la dirección que quiere seguir la organización y las prioridades que seleccionará entre diferentes alternativas. Las metas se han de caracterizar por ser alcanzables –en el sentido de realistas–, congruentes entre sí, integrales –que afecten a toda la organización– e intangibles en cierto modo, ya que si se concretasen serían objetivos.

En cambio, los objetivos son puntos de referencia concretos y cuantitativos que pueden emplearse para medir el progreso en la consecución de las metas. Sin embargo, pueden existir varios objetivos para una misma meta. En todo caso, los objetivos deben ser alcanzables; continuos o discontinuos en relación con la trayectoria que siga la organización; a corto, medio o largo plazo, aunque siempre se especificará el tiempo que se tardará en consumarlos y tener asignada un área, un departamento o individuo responsable de su consecución.

Una vez establecidos los objetivos podemos definir el paso a paso o programas de trabajo o planes operativos, que son los que especifican la secuencia de las acciones necesarias para alcanzar los principales objetivos.

3.6. Cuadro de Mando Integral

3.6.1. Antecedentes Generales

Los orígenes del Cuadro de Mando Integral se remonta a los años 60, en Francia se formula el “Tableau de Bord” por los autores Laurel y Cibert, un sistema estructurado que destaca Jiménez (1980) como “orientado fundamentalmente a ofrecer información analítica útil para la adopción de las decisiones gerenciales, siendo su objetivo el suministrar un aspecto informativo que permita coordinar la gestión delegada”.

El cuadro de mando nació como herramienta gerencial con el objetivo básico de poder diagnosticar una situación y de efectuar su control permanente. Es una metodología para organizar la información y acrecentar el valor. Tiene la gran ventaja de no requerir grandes planes estratégicos formales para poder diseñarlo.

En los años 50, el proyecto de indicadores de General Electric expandió el uso de indicadores a otras áreas además de las financieras, lo anterior para tener una visión global de las empresas. En los años 60 y 70 se puso de moda la dirección por objetivos, que seleccionaba pocos indicadores y los usaba con el propósito de alinear la acción directiva con los objetivos de la organización.

Durante los 80, nuevos sistemas de indicadores comenzaron a ser aplicados, como el EVA, focalizado en un indicador financiero, y el benchmarking, muy útil para realizar diagnósticos comparados.

En 1992, en un artículo escrito por Robert S. Kaplan y David P. Norton, fue presentado en sociedad el Balanced Scorecard (BSC) también conocido como Cuadro de Mando Integral (CMI). Las empresas lo han considerado un sistema muy útil para definir sus propios modelos de negocios en indicadores de gestión, con una visión muy amplia de la organización y para lograr comunicar e implementar la estrategia reflejada en dicho modelo. (Ballvé, 2002)

Aún cuando el análisis del desempeño empresarial tradicional queda restringido al ámbito financiero, muchas transacciones importantes que realizan las empresas pueden expandir enormemente su mercado potencial y crear gran valor a largo plazo para los grupos de interés, sin que tales consecuencias queden reflejadas en los estados financieros. El CMI tiene en cuenta estos aspectos, planteando un análisis mucho más completo y complejo del desempeño empresarial, al configurar un sistema de indicadores que proporcionan una visión holística integrada del mismo, tal como pusieron de manifiesto Stewart y Carpenter-Hubin (2001, p. 39). Se trata de un conjunto de medidas que proporcionan a la alta dirección una panorámica rápida y completa del negocio.

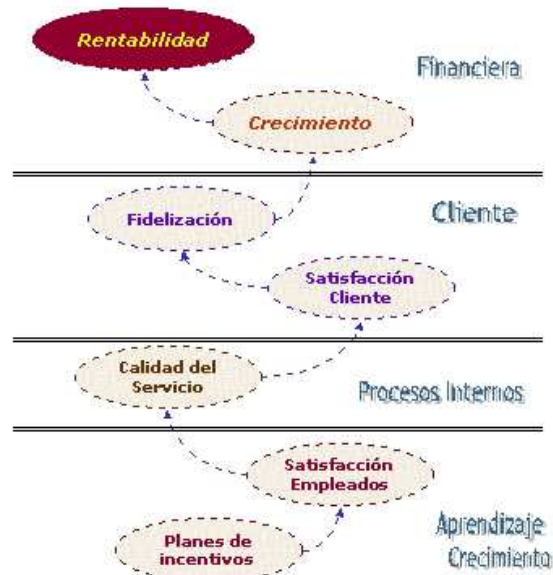
Uno de los aspectos más importantes del CMI destacado por Kaplan y Norton (1997, p. 14), consiste en el equilibrio existente entre las distintas variables que son incluidas en el análisis. Los indicadores del CMI reflejan un equilibrio entre el ámbito externo cuya información está destinada a accionistas, clientes y terceras personas interesadas, y el interno relativo a los procesos críticos del negocio, la innovación, formación y crecimiento. Los indicadores mantienen un análisis equilibrado entre los resultados ya obtenidos derivados de esfuerzos pasados y los inductores que impulsan la actuación futura, guardando equilibrio el cuadro de mando entre las mediciones objetivas y fácilmente cuantificadas de los resultados y los subjetivos y en cierto modo críticos inductores de resultados futuros.

El Cuadro de Mando Integral evalúa la actuación empresarial a partir de distintos indicadores no exclusivamente financieros agrupados en torno a cuatro perspectivas fundamentales: la Financiera, la del Cliente, la del Proceso interno y la de Formación y crecimiento (ver Ilustración 3-3). Todas ellas están interrelacionadas y deben ser siempre analizadas conjuntamente. Estas relaciones se pueden presentar como de causa y efecto, dejando claro que la acción en cualquiera de esas perspectivas probablemente repercutirá sobre las demás.

Ilustración 3-3: Perspectivas del CMI

Fuente: Kaplan y Norton, 2001.

Es intuitivo percibir cómo una mejora en el aspecto de formación y crecimiento y aprendizaje de la organización, que casi siempre se refleja en el perfeccionamiento de sus recursos humanos, debe proporcionar una consecuente mejora en los procesos productivos, lo cual, sumado a la mejor atención al cliente, conduce a una mayor satisfacción de los consumidores; por su parte, estando éstos más satisfechos, los resultados financieros de la empresa deberán probablemente mejorar. Las empresas privadas suelen representar esta relación causal entre las distintas perspectivas por medio del denominado “mapa estratégico”, cuyo esquema se recoge en la siguiente Ilustración 3.4.

Ilustración 3-4: Mapa Estratégico

Fuente: Norton y Kaplan, 2001

3.6.2. Cuadro de Mando Integral como Sistema de control de gestión estratégico

El Cuadro de Mando Integral es un sistema de control de gestión que incluye variables financieras y no financieras para medir la evolución del negocio, además traduce la estrategia y la misión en un conjunto de objetivos relacionados entre sí, medidos a través de indicadores y ligados a planes de acción que permiten alinear el comportamiento de todos los miembros de la organización.

Este modelo de gestión parte de un principio básico enunciado como “sólo se puede gestionar lo que se puede medir”. El Cuadro de Mando integral es una herramienta que traduce la estrategia en acción y de cambio organizacional. Este modelo de gestión parte de un principio básico enunciado como “sólo se puede gestionar lo que se puede medir”.

Los doctores Kaplan y Norton en su libro “The Strategy Focused Organization”, 2001, Harvar Business School, dicen lo siguiente: “Hablando de forma estricta el Cuadro de Mando Integral es una herramienta de implementación de la estrategia. A las organizaciones que ya disponen de una estrategia explícita, puede ayudarles a implementarla más rápida y eficazmente, siguiendo los principios descritos.

El CMI es un sistema de medición que contribuye a administrar mejor y crear valores a largo plazo, involucrando al personal, administradores, ejecutivos y suministradores, complementa los indicadores financieros y no financieros, logrando un balance en el que la organización, al mismo tiempo que alcanza resultados a corto plazo puede construir su futuro de forma exitosa cumpliendo su misión y garantizando que todos los trabajadores mantengan un sentido de pertenencia.

Además de comunicar la visión a todos en la organización, logra llevarla a cabo mediante las acciones concretas que pueden realizarse, haciendo posible el aprendizaje estratégico que convierte la visión en un proceso dinámico de retroalimentación permanente, propiciando que se pueda adaptar de forma rápida a las nuevas circunstancias del entorno y del mercado.

El Cuadro de Mando Integral garantiza el cumplimiento de la visión de la organización, y ésta es la actividad más importante que deberían ejecutar para lograr sus objetivos. Se convierte en una poderosa herramienta de simulación para realizar el modelamiento de la estrategia. Es posible definir las hipótesis sobre las que se basa la estrategia e ir comprobándolas mediante un mapa de enlaces causa-efecto entre los objetivos estratégicos y en la relación entre los indicadores de resultados y los guía o impulsores del resultado. Esta herramienta hace posible el aprendizaje estratégico; una vez probadas las hipótesis de las estrategias es fácil conocer cómo llevar a la organización a conseguir su visión, se convierte en un proceso dinámico de retroalimentación permanente y si, por ejemplo, algún factor externo cambia, le permitirá ser proactivo y en forma rápida actuar para adaptarse a las nuevas circunstancias.

Como señalan Kaplan y Norton (2001:73), las empresas innovadoras están empleando el enfoque de medición del Cuadro de Mando Integral para desarrollar procesos de gestión decisivos:

- Traducción y/o transformación de la visión y la estrategia.
- Comunicación y vinculación con los objetivos e indicadores estratégicos.
- Planificación, establecimiento de objetivos y alineación de las iniciativas estratégicas.
- Aumento de la retroalimentación y de la formación estratégica.

Ilustración 3-5: Sistema de control de gestión estratégico



Fuente: Kaplan y Norton (2001)

Con esta herramienta se integran tanto el aspecto gerencial estratégico, como la evaluación del desempeño, basándose en cuatro perspectivas básicas (múltiples dimensiones que se plantean para analizar el desempeño del negocio).

Estas perspectivas fueron diseñadas por Kaplan y Norton, ellas son:

- **Financiera:** la estrategia de crecimiento, la rentabilidad y el riesgo vista desde la perspectiva del accionista
- **De cliente:** la estrategia para crear valor y diferenciación.

- **Procesos internos:** las prioridades estratégicas de distintos procesos que crean satisfacción en los clientes y accionistas.
- **Aprendizaje y crecimiento:** las prioridades para crear un clima de apoyo al cambio, la innovación y el crecimiento de la organización.

Existen elementos comunes en cualquier proceso de aplicación de esta herramienta para el control de gestión. Estos elementos estarán en correspondencia con la naturaleza de la organización, en la cual se aplica la herramienta y la estrategia de la misma. Los elementos comunes son:

- La revisión del plan estratégico.
- El estudio de los procesos.
- El diseño del mapa estratégico.
- La determinación y diseño de los indicadores
- La formulación de proyectos estratégicos, entre otros.

Ilustración 0-6: Elementos en común de un proceso de diseño de un CMI



Fuente: Kaplan y Norton (2001)

Un buen Sistema de Gestión Estratégica, explica Kaplan, (2001:73) debe incorporar los siguientes elementos:

- **Misión, visión y valores:** su aplicación comienza con la definición de la misión, visión y valores de la organización. Si está definida la estrategia será el punto de partida para el desarrollo de los elementos de la herramienta.
- **Perspectivas, mapas estratégicos y objetivos:** las perspectivas recuerdan la importancia que es tener objetivos estratégicos en todas las dimensiones de la organización. Los mapas estratégicos son el aporte conceptual más importante del

CMI ya que ayudan a entender la coherencia entre los objetivos y permiten visualizar, de manera sencilla y muy gráfica la estrategia de la organización.

- **Indicadores y sus metas:** son las medidas para conocer si se están cumpliendo los objetivos.
- **Iniciativas estratégicas:** los proyectos que permiten alcanzar los objetivos estratégicos. También deben utilizarse indicadores para medir su cumplimiento.
- **Recursos:** los medios para llevar a cabo las iniciativas estratégicas. Los elementos previos son los que nos permiten realizar una correcta asignación de los recursos, habitualmente escasos.
- **Responsables:** cada objetivo e iniciativa debe ser asignado a un responsable que debe velar por su cumplimiento.
- **Evaluación subjetiva:** es necesario establecer los procedimientos para una evaluación subjetiva de los diferentes elementos, complementaria al cumplimiento de los indicadores específicos que se utilizan para la medición.

3.6.3. Estrategia como paso de un Proceso Continuo

La estrategia no es un proceso de gestión independiente, sino que es un paso de un proceso continuo lógico que moviliza a una organización de una declaración de visión de alto nivel al trabajo realizado por los empleados administrativos y de atención al cliente, la Ilustración 3-7 representa un marco que se ha encontrado efectivo en la práctica.

La misión general de la organización proporciona el punto de partida, definiendo por que la organización existe o como se adapta una unidad de negocio a una estructura corporativa más amplia. La misión y los valores fundamentales que la acompañan se mantienen bastante estables en el tiempo. La visión de la organización presenta una imagen del futuro que aclara el rumbo de la organización y ayuda a las personas a comprender porque y como deben apoyar a la organización. Además la visión pone a la organización en movimiento, desde la estabilidad de la misión y los valores fundamentales a la dinámica de la estrategia, que es el siguiente paso en el proceso continuo. La estrategia se desarrolla y evoluciona con el tiempo para hacer frente a las condiciones cambiantes que presentan el entorno externo y las capacidades internas.

Ilustración 3-7: Traducción de la misión en resultados buscados

Fuente: R.S.Kaplan y D.P. Norton. Como utilizar el Cuadro de Mando Integral. Barcelona, Ediciones Gestión 2000,2001.p.83

Las declaraciones de misión y visión establecen los propósitos y el rumbo general de la organización. Ayudan a los accionistas, clientes y empleados a comprender que es la empresa y que intenta conseguir. Pero estas declaraciones son demasiado vagas para guiar las acciones diarias y las decisiones de asignación de recursos. Las empresas convierten su declaración de misión y visión en operacionales cuando definen una estrategia que indica cómo se lograra esa misión y esa visión. Por otra parte, Porter sostiene que la estrategia consiste en seleccionar un conjunto de actividades en las que una organización se destacara para establecer una diferencia sustentable en el mercado, la diferenciación surge de las actividades que se elijan y de cómo se llevan a cabo.

Con estos antecedentes sobre la creación de un rumbo de alto nivel, misión, visión, estrategia, para la organización, se puede pasar a desarrollar la función del mapa estratégico que proporciona la especificidad necesaria para que las declaraciones de rumbo de alto nivel tengan más sentido y sean más ejecutables para todos los empleados [Norton y Kaplan, 2004]

3.6.4. Cuadro de Mando Integral en el Sector Público

3.6.4.1. Evolución reciente de la Gestión Pública

En los últimos años muchos países han experimentado una crisis de naturaleza fiscal caracterizada por una importante pérdida de crédito público y por la incapacidad creciente del Estado para generar recursos que le permitieran financiar políticas públicas [Bresser,

1997]. Al propio tiempo, los gobiernos se enfrentan al reto de dirigir a una ciudadanía con mayor educación democrática, exigente, participativa y ávida de estrategias y resultados gubernamentales que garanticen mejores políticas sociales, una mayor transparencia de recursos y crecimiento económico sostenido, entre otras prioridades. Resulta cada vez más patente la necesidad de llevar a cabo una gestión más profesional y preocupada por la economía, la eficiencia, la eficacia y la efectividad de las acciones gubernamentales, dando lugar a lo que se conoce como *New public Management* [Mora y Vivas, 2001].

De este modo, herramientas de administración del desempeño como el CMI están siendo analizadas y utilizadas por diversos gobiernos federales y locales, así como por otros organismos públicos, presentando un enorme potencial de éxito en la compleja tarea de administrar los bienes y servicios públicos [López, 2004].

Evidentemente, es preciso tener en cuenta la diversidad de organizaciones existentes dentro del sector público. Algunas agencias gubernamentales tienen metas claramente definidas, sus misiones son relativamente no-cuestionables, se desenvuelven en un ambiente externo estable y se conoce en profundidad el contenido de su actividad. Sin embargo, en otras sus objetivos no están claros, las prioridades son polémicas, los ambientes externos son turbulentos y no hay un sentido claro de lo que es la misión. Para el primer grupo la medición del desempeño constituye un aspecto de su cultura que reviste particular importancia, mientras que para el segundo resulta más complejo aceptar el uso de indicadores de gestión [Radín, 2002].

3.6.4.2. Misión del Sector Público

La crisis fiscal que afrontan hoy los gobiernos no implica, como es evidente, que el sector público tienda a desaparecer, continuando vigente la clásica explicación hacendística de que la economía privada es incapaz de solucionar los fallos del mercado, dando lugar a la intervención del Estado en la Economía, tal como han puesto de manifiesto [Mora y Vivas 2001].

Según Musgrave (1974), entre estas actividades están las llamadas funciones clásicas del Estado, a saber: asignativa (prestación de servicios públicos y estímulo a la producción y consumo de bienes y servicios privados por el mayor número de ciudadanos), distributiva (disminución de las desigualdades económicas entre clases sociales y regiones geográficas) y estabilizadora (mantenimiento de niveles adecuados de inflación, empleo, cambio y crecimiento económico).

La misión o los objetivos de los Estados, conforme se recogen en sus propias constituciones, de alguna forma asumen estos conceptos. Así se infiere, por ejemplo, de los objetivos previstos en la versión provisional de la Constitución Europea:

- a) Promover la paz y el bienestar de sus pueblos.

- b) Ofrecer a sus ciudadanos un espacio de libertad, seguridad y justicia sin fronteras interiores y un mercado interior en el que la competencia sea libre y no esté falseada.
- c) Promover el desarrollo sostenible basado en un crecimiento económico equilibrado y en la estabilidad de los precios, en una economía social de mercado altamente competitiva, tendente al pleno empleo y al progreso social, y en un nivel elevado de protección y mejora de la calidad del medio ambiente.
- d) Combatir la exclusión social y la discriminación y fomentar la justicia y la protección sociales, la igualdad entre mujeres y hombres, la solidaridad entre las generaciones y la protección de los derechos del niño.

Una breve observación de todos estos planteamientos nos permite percibir que forman parte de aquello que convencionalmente se ha denominado como “bien común”. El bien común es el bien de todos, pero dado que no todas las personas aspiran al mismo bien, el Estado no puede compartir finalidades divergentes. De esta manera la razón de la existencia del Estado reside en buscar el máximo bienestar del conjunto de personas a las que sirve, es decir, la comunidad o la sociedad sobre la que se establece, respetando los derechos y garantías individuales fundamentales de la persona humana.

3.6.4.3. Planteamientos básicos de adaptación del CMI al sector público

Una primera cuestión de fondo surge, según Bastidas y Feliu (2003), al plantear la posibilidad de aplicación del CMI al sector público, es decir, si es factible trasladar los conceptos del CMI al ámbito público, aunque con las debidas adaptaciones, por tratarse de una práctica gerencial propia del sector privado y siendo el ámbito de actuación de las empresas públicas totalmente diferente.

Los defensores de la aplicación de instrumentos de control de gestión en la esfera pública recurren a los conceptos de adaptación e innovación y consideran que la aplicación de una técnica originada en el sector privado necesita no sólo de adaptaciones para adecuarse a las peculiaridades de este ambiente organizacional, sino además disponer de herramientas innovadoras propias [Mora y Vivas, 2001].

Específicamente, en lo que atañe al CMI hay que considerar que permite la introducción de aspectos vinculados a la planificación estratégica en la Administración Pública, lo que normalmente no forma parte de las preocupaciones de sus gestores, al menos explícitamente. Además, está suficientemente constatado que la actuación del sector público no puede ser evaluada simplemente por medio de un análisis financiero. De hecho, junto con las magnitudes medidas por los indicadores financieros concurren otras variables de gran interés en la evaluación de las actividades de las organizaciones públicas.

Es importante destacar que, como ya se mencionó, una gran parte del sector público de numerosos países aún se ve envuelta en una crisis de naturaleza fiscal derivada de la gran escasez de recursos financieros; al mismo tiempo los gobiernos necesitan dar

respuestas a una ciudadanía cada vez más participativa y exigente. Ello obliga a las administraciones públicas a asumir la búsqueda continua de la optimización de estos recursos escasos, lo que implica la preocupación del gobernante por priorizar las necesidades, dejando de atender frecuentemente algunas de las demandas de la población, pagando, incluso, el precio electoral por esta decisión.

A fin de optimizar la asignación de los recursos presupuestarios, maximizando el beneficio de la mayor parte de la población y frustrando las aspiraciones del menor número posible de ciudadanos, la gestión pública debe enfocar aquellas actuaciones que efectivamente presenten resultados palpables y alineados con los objetivos estratégicos planteados, es decir, los gobiernos tienen el deber de asignar los recursos para obtener resultados, sin caer en la tentación de presentar una imagen de satisfacción plena de las necesidades de los ciudadanos [Drucker, 1999], a costa de incurrir en déficits públicos comprometedores del bienestar futuro de los ciudadanos.

Este objetivo conlleva la necesidad de racionalizar los servicios públicos por medio de una mejora continua de los procesos internos propios de la burocracia gubernamental y de la propia estructura organizativa del aparato estatal. En otras palabras: se ha de gastar de la forma más racional posible y obtener los máximos resultados satisfactorios para la comunidad, evitando el aumento del endeudamiento público y preservando, así, la capacidad futura del Estado para prestar estos servicios.

De hecho uno de los principios a que se sujetan los presupuestos públicos y que ha recibido la mayor atención en nuestros días, es el del equilibrio presupuestario que se consigue mediante la correlación entre ingresos y gastos. Priorizado por los liberales (y neoliberales), transgredido por los keynesianos en opinión de Giacomoni (1998), este principio gana fuerza en la actualidad ante la crisis fiscal generalizada de los sectores públicos, preconizando que el presupuesto no debe prever ni superávit ni déficit en las cuentas públicas. Por ello, también su ejecución debe perseguir este equilibrio, evitando el déficit y en caso de que haya superávit, utilizándolo para reducir la deuda pública.

Es preciso ser conscientes de la dificultad que para muchos países supone mantener el equilibrio en sus cuentas públicas. Evidentemente, es una realidad conocida de los países en vías de desarrollo como Brasil y Méjico; sin embargo, se trata de un problema presente también en los países más ricos y económicamente desarrollados. Así, según el Informe General sobre la Actividad de la Unión Europea en 2003, Francia y Alemania, han sobrepasado el límite de déficit público previsto en el Pacto de Estabilidad y Crecimiento de la Unión Europea (en un 3%), poniendo en riesgo los objetivos y el equilibrio financiero del conjunto de los países miembros; de igual modo, las expectativas del nuevo gobierno socialista español pasan por alejarse del equilibrio presupuestario preconizado por el anterior gobierno. Este comportamiento generalmente es debido al aumento del gasto público con objeto de mantener la estabilidad y el crecimiento económico, incentivando de este modo el gasto privado en momentos de recesión económica, para reducir posteriormente el déficit en que se incurrió cuando la economía vuelva a reactivarse.

La aplicación de una herramienta de carácter gerencial como el CMI podría servir como instrumento de implementación de un efectivo control de la actividad estatal,

permitiendo conciliar los objetivos de perfeccionamiento (perspectiva de Innovación y crecimiento) y racionalización de los servicios públicos (perspectiva de los Procesos internos), con objeto de optimizar la utilización de los recursos con costes mínimos y, consecuentemente, con menores déficits (perspectiva Financiera), dentro de un enfoque orientado a los resultados, es decir, procurando la maximización de la satisfacción de los ciudadanos (perspectiva de los Clientes). Además, por sus características de instrumento de control estratégico, parece ser adecuado para monitorizar la ejecución de los planes del gobierno y su comunicación a toda la máquina administrativa gubernamental, haciendo surgir nuevos CMI en los niveles inferiores de la Administración Pública alineados con el CMI original.

Algunas de las principales críticas a la utilización del CMI en el ámbito público han sido planteadas por Radin (2002); entre ellas cabe destacar las siguientes:

- a) La gestión basada en medidas del desempeño y especialmente en los CMI no es una simple cuestión que se pueda resolver internamente en el ámbito del gobierno, ya que hay muchos grupos de interesados externos preocupados porque la medición del desempeño sea efectiva. Dado que el CMI en general mide las funciones internas (procesos, recursos humanos y finanzas) mucho más que las externas (clientes), su control no se extiende al “negocio clave” en la mayoría de las organizaciones públicas.
- b) Dado que hay una gama muy diversa de organizaciones públicas, no puede existir un único CMI para todo un gobierno, ni a nivel de departamento, ni quizá tampoco a nivel de sectores.
- c) Los CMI no siempre miden aspectos que los administradores de las organizaciones públicas puedan modificar; por tanto, los beneficios motivacionales son pequeños.

La primera crítica presentada aborda un aspecto que no es exclusivo de las organizaciones del sector público. Cualquier organización posee *stakeholders* interesados en su *performance*. Sin embargo, según diversos autores, el CMI no considera la contribución de estos *stakeholders* –empleados, suministradores, acreedores y otros– al logro de las metas organizacionales. Así pues, esta crítica no iría dirigida a la aplicación del CMI a las organizaciones públicas, sino al propio modelo del CMI. Sin embargo, es importante resaltar que una de las dimensiones fundamentales del mismo atañe a los clientes, quienes para muchos son los principales *stakeholders* externos de una organización. Especialmente en el caso de las organizaciones públicas, el CMI se debe centrar en los ciudadanos quienes, al fin y al cabo, son los que representan su “negocio clave”.

La segunda crítica no puede prosperar en la medida en que la aplicación de un modelo del tipo CMI a un gobierno u organización gubernamental no tiene que ser necesariamente uniforme, sino armónica. En la práctica, un plan estratégico diseñado por la cúpula del gobierno se va matizando en distintos enfoques al paso que se desglosa por los diferentes niveles de la organización.

La última crítica plantea un problema que no constituye ningún impedimento para la implantación del CMI, por tratarse de una mera limitación a su perfecta ejecución. Creemos que los beneficios de su adopción sobrepasan en mucho a sus desventajas o limitaciones. Además, este problema motivacional puede ser minimizado en la medida en que se efectúen las adaptaciones necesarias del modelo para ajustarlo a la realidad del entorno, complementándolo o combinándolo con otras orientaciones estratégicas y de gestión [Bastidas y Feliu, 2003].

3.6.4.4. Modelos antecedentes

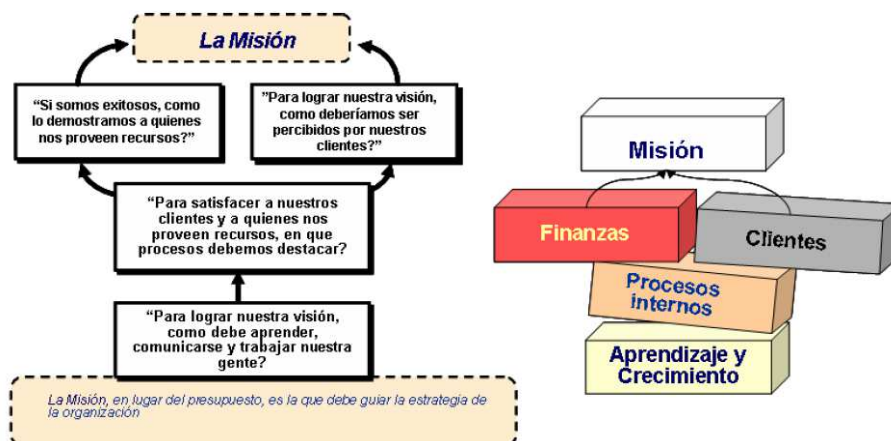
Mientras para algunos autores la aplicación del CMI al sector público exige únicamente introducir determinados cambios conceptuales en el modelo original, manteniendo sus cuatro perspectivas, adaptando sus contenidos a la realidad de las administraciones públicas y alterando circunstancialmente las relaciones de causa y efecto entre dichas perspectivas, otros autores, por el contrario, no están de acuerdo con este planteamiento y creen que los cambios a introducir han ser de naturaleza estructural, siendo preciso suprimir, incluir, sustituir o desglosar perspectivas a fin de adecuar mejor el modelo a la realidad de la Gestión Pública.

Así, Bastidas y Feliu (2003) proponen un nuevo modelo de CMI. El modelo presentado aporta como principal innovación la división de la perspectiva del Cliente en tres aspectos: Usuario, Comunidad y Medioambiente. En nuestra opinión es válida la distinción entre Usuario y Comunidad. De hecho, en muchos momentos, los intereses individuales pueden estar contrapuestos a los de la comunidad (sociedad), correspondiendo al Estado decidir a quién satisfacer.

Niven (2003) presenta un modelo algo distinto del CMI original. En este caso, el elemento innovador reside en el posicionamiento de la Misión en la cúspide del CMI, manteniendo la Estrategia en el centro de todo el proceso. Según el autor, las organizaciones públicas trabajan para atender propósitos mucho más elevados y, aunque se pueda cuestionar si la organización tiene control total sobre su misión, ésta debe orientar siempre todas las acciones de la entidad.

Uno de los propios creadores del CMI, Kaplan (1999) propuso adaptaciones al modelo original para tener en cuenta las particularidades del sector público. Su modelo puede ser representado por la Ilustración 3-8.

Ilustración 3-8: Modelo de Kaplan y Norton para organizaciones públicas



Fuente: Norton y Kaplan

La lógica del modelo parte de la perspectiva de crecimiento y aprendizaje como un paso necesario para la mejora continuada de los procesos internos, siguiendo la misma lógica del modelo original del CMI para las empresas privadas; sin embargo, como resultado del perfeccionamiento de los procesos, se desencadenan efectos en tres perspectivas. De este modo, de la combinación de las perspectivas Financiera y de los Usuarios del modelo original surge un conjunto de tres nuevas perspectivas: Coste de los servicios, Beneficios de estos servicios y Legitimación política y social. En otras palabras, el perfeccionamiento de los procesos internos deriva en menores costes y mayor calidad de servicio para los usuarios (electores y contribuyentes) atendiendo a las expectativas de las autoridades responsables de la autorización del presupuesto del año siguiente (en general los parlamentos o consejos).

En todo caso, las posibilidades de modificación del modelo inicial son innumerables, especialmente cuando pensamos en la diversidad de organizaciones públicas existentes. Es evidente que, tratándose de un modelo general, la aplicación del CMI a las diversas organizaciones debería conllevar adaptaciones mucho más conceptuales que estructurales. Sin embargo, algunas organizaciones del sector público pueden percibir que las dimensiones originalmente diseñadas para el CMI se quedarían lejos de sus planteamientos y de sus indicadores concretos. Por ello elaboran CMI que contemplan dimensiones mucho más específicas y próximas a su realidad. Stewart y Carpenter-Hubin (2001, p. 40), buscando diseñar un CMI adaptado a la realidad de las universidades públicas norteamericanas, encontraron apropiado utilizar cinco dimensiones, a saber: Excelencia académica, Aprendizaje de los estudiantes, Extensión y vinculación con la comunidad, Diversidad y Gestión de recursos.

En el presente trabajo de tesis se plantean modificaciones del modelo original del CMI, tanto a nivel de las perspectivas, como a nivel de las relaciones de causa y efecto, con objeto de adaptarlo a las peculiaridades del ámbito de la actuación pública. Esta acción de

rediseño del modelo constituye, en definitiva, un enorme reto. Para lograrlo partimos de dos premisas fundamentales:

- a) Habida cuenta que el CMI aplicable al sector privado es un modelo muy estable en la literatura especializada, los cambios han de ser los estrictamente necesarios, preservando al máximo la integridad original del modelo, siendo las alteraciones preferentemente conceptuales y en menor medida estructurales.
- b) El entorno público es muy complejo y amplio, presentando características muy distintas en relación con el sector privado; ello justifica los cambios necesarios para su adaptación.

Para una mayor comprensión de esta herramienta de control de gestión, a continuación se describen algunos antecedentes generales y la metodología de diseño en organizaciones públicas y sin fines de lucro, como es el caso de la organización objeto de este trabajo de tesis.

3.6.4.5. Misión de la organización pública y sin fines de lucro

Maximizar el valor para los accionistas es el final del juego para las empresas con fines de lucro y son responsables frente a sus accionistas financieros sólo por hacer eso. Esto no es así ni para las organizaciones públicas ni para las sin fines de lucro. Estas son responsables por la administración eficiente de los fondos cuando en realidad esta no es su máxima aspiración. Ellos existen para servir a un propósito más elevado, por ejemplo “reducir la incidencia del HIV” o “aumentar la seguridad pública”. No se debe dudar en incluir este tipo de objetivos en el BSC argumentando que no se tiene control total sobre la misión o que no se puede influir en los resultados. Sin embargo, sólo a través de la medición es que se conseguirá una diferencia real en las vidas o circunstancias de las partes interesadas. Por supuesto no se logrará la misión de un día para el otro, y de hecho puede que se vea sólo movimientos periódicos. Esta es la razón por la que las otras perspectivas del BSC son tan vitales. Monitorear el desempeño y aprender de los resultados en las perspectivas de cliente, procesos internos, aprendizaje y crecimiento y financiera ofrecen la información de corto a mediano plazo que se requiere para acercarse al logro de la misión.

3.6.4.6. La estrategia se mantiene en el centro del BSC

La Estrategia se mantiene siempre en el centro del sistema de Balanced Scorecard. Las organizaciones públicas o sin fines de lucro con frecuencia tienen dificultad para definir una estrategia clara y concisa. Mientras muchas tratan de desarrollar declaraciones de estrategia, sólo amontonan poco más que listas detalladas de programas e iniciativas usadas para asegurar los fondos de los benefactores. La estrategia trata sobre aquellas prioridades amplias que se planean conseguir con el objeto de lograr la misión. Esas prioridades deben ser consistentes con cada situación única y adaptarse para responder

efectivamente a los desafíos y oportunidades particulares. Una vez que se ha desarrollado la estrategia, el BSC se utiliza para su efectiva traducción e implementación.

3.6.4.7. La perspectiva de cliente es elevada.

Una distinción clara entre los BSC del sector público y privado es que directamente conectada a la misión, está la perspectiva de Clientes y no la de los accionistas financieros. Lograr la misión no se equipara con la responsabilidad fiscal y de servicio, en lugar de eso la organización debe determinar a quién aspirar servir y cuáles son los requerimientos que mejor se pueden satisfacer. Rick Pagsibigan, Chief Strategy Officer de la Cruz Roja de Filadelfia, explica: “Nosotros pusimos la Perspectiva del Cliente arriba. El mensaje es que cualquiera cosa y todo lo que hagamos con respecto a las finanzas, ingresos, etc., está allí para apoyar a nuestros clientes”. En el sector público y sin fines de lucro, el foco está en los clientes, y en satisfacer sus necesidades con el objeto de conseguir la misión. Pero la cuestión de “Quién es el cliente” es uno de los asuntos más desconcertantes que deben afrontar los que adoptan el Balanced Scorecard en organizaciones públicas y sin fines de lucro. En estos sectores, diferentes grupos diseñan el servicio, pagan por el servicio y finalmente son beneficiados por el servicio. La red de relaciones hace que determinar quién es el cliente sea un desafío formidable. Definir quién es el cliente real depende muchas veces de cada punto de vista particular. Por ejemplo, en el sector público, el ente legislativo que provee los fondos puede ser una elección lógica, de la misma manera que los clientes a los que se sirve. Sin embargo, piense sobre el grupo al que se “sirve”. ¿Las agencias de aplicación de leyes, considerarían a los criminales que arrestan como sus clientes? Muchos podrían argumentar que sus contribuyentes son los beneficiarios últimos de las actividades policiales y por lo tanto ellos son los clientes verdaderos. Afortunadamente, el Balanced Scorecard no te fuerza a hacer esta elección difícil. Incluir a todos los clientes es permisible y posible usando la estructura de Scorecard del sector público. No sólo es posible, es deseable ya que alcanzar la misión es muy probable que implique satisfacer a grupos de clientes dispares. Cada grupo de clientes identificado resultará en la aparición de diferentes indicadores en las otras perspectivas del BSC. Una vez que los ejecutivos del sector han transitado el camino a través de este intrincado laberinto, el trabajo de escoger los indicadores de desempeño en todas perspectivas se hace mucho más sencillo.

3.6.4.8. Perspectiva financiera

En el sector privado esta perspectiva asume la cima jerárquica del CMI. De hecho hay una clara distinción entre los objetivos del sector privado y los del público a este respecto. Mientras el sector privado busca excedentes financieros y la maximización del valor de la empresa en el mercado, el sector público plantea como objetivos el equilibrio financiero y la maximización del bienestar de los ciudadanos.

El éxito de una entidad pública se cifra, pues, en satisfacer a sus clientes, quienes a la vez son electores de los responsables públicos. Sin embargo, identificar quiénes son estos clientes constituye un gran reto para las instituciones, ya que hay distintos grupos que demandan, pagan y se benefician de sus servicios. La policía, por ejemplo, al detener a los

delinquentes, no debe pensar en medir la satisfacción de los ciudadanos directamente beneficiados por su actuación, sino que en consonancia con la misión del sector público de procurar el bien común, es el conjunto de los ciudadanos -la comunidad- quien se beneficia en este caso [Kaplan, 1999].

Ninguna organización puede operar satisfactoriamente y satisfacer los requerimientos de sus clientes sin recursos financieros. Los indicadores financieros en el modelo de BSC para organizaciones públicas y sin fines de lucro pueden ser mejor vistas como los facilitadores del éxito para los clientes o como restricciones dentro de las cuales cada grupo debe operar. Muchos pueden argumentar, con mérito, que es muy difícil poner un precio financiero al trabajo que desempeñan. Sin embargo debemos persuadir a los directivos que los indicadores financieros no son inconsistentes con la calidad del servicio y con el logro de la misión. De hecho cuando los servicios son brindados al menor costo o con gran eficiencia, el programa seguramente atraerá más atención y garantizará mayores inversiones de los benefactores. Una ganancia para todos.

3.6.4.9. Perspectiva de los procesos internos

Esta perspectiva del Cuadro de Mando Integral centra su atención sobre las operaciones y actividades de la organización, lo que se puede definir como su “modo de hacer” y trata de monitorizar aquellas actividades que aumentan la percepción de valor por parte del cliente en relación con los bienes y servicios ofrecidos por la entidad; está profundamente relacionada con el concepto de eficiencia y en este sentido no difiere mucho del sector privado.

Los procesos internos recogen la denominada “cadena de valor” que agrupa tres procesos principales: innovación, procesos operativos y servicio posventa. Innovar es esencial para atender a los cambios de demanda o a las necesidades de los ciudadanos y elevar su nivel de satisfacción; los procesos operativos implican la conjunción de los recursos necesarios para su utilización en la oferta de bienes y servicios públicos; por su parte, el mantenimiento de la atención a los ciudadanos una vez suministrado el servicio se asimila a la fase de posventa, la cual representa un elemento de *feedback*.

Sin embargo, uno de los aspectos más destacables de la realidad del sector público, con menor incidencia en el entorno anglosajón y mayor en el mundo latino, consiste en la necesidad de establecer normativas referentes a procedimientos, rutinas y procesos, sean éstos de carácter legal, o provengan de normativas internas. Ejemplos claros de ello son las normas específicas para efectuar compras de materiales, bienes y servicios por las agencias públicas. De la misma forma, también en la contratación de funcionarios se siguen pautas muy específicas y predeterminadas, de modo que frecuentemente, para cambiar estos procedimientos es necesario previamente modificar los instrumentos legales que les dan soporte, lo que no siempre resulta sencillo.

Cuando desarrollamos objetivos e indicadores para esta perspectiva nos preguntamos a nosotros mismos, “¿Cuáles son los procesos internos clave en los que

debemos ser excelentes para entregar valor a nuestros clientes?”. Toda organización desde la agencia de servicio local más pequeña hasta los departamentos más grandes del gobierno federal tendrán documentados procesos para establecer sus objetivos. Las organizaciones pequeñas tendrán docenas, mientras los entes más grandes tendrán cientos de procesos. La clave del éxito del BSC radica en seleccionar y medir sólo aquellos procesos que conducen a mejores resultados y que en última instancia permiten trabajar en pos de la misión. Los procesos que se eligen para focalizarse estarán conectados directamente con los objetivos e indicadores escogidos en la perspectiva de Cliente. No es inusual que la perspectiva de Procesos Internos tenga la mayor cantidad de objetivos e indicadores del Balanced Scorecard.

3.6.4.10. Perspectiva de innovación, formación y organización.

Una primera cuestión que se plantea en relación con esta perspectiva originalmente descrita como “Innovación, formación y crecimiento” parte de la consideración de que si para las empresas privadas uno de sus objetivos más importantes es el crecimiento, para las organizaciones públicas su equivalente consiste en la determinación de la correcta dimensión del sector público dentro de la economía y la vida de los ciudadanos; su importancia ha ido en aumento en razón de la crisis fiscal ya comentada, dando lugar a tendencias de mantenimiento o disminución de la intervención estatal (política de privatizaciones, reducción de impuestos, etc.), pero con una consecuente mejora en los diseños organizativos de la administración pública, dentro de un proceso que se ha denominado de Reforma del Estado.

Esta perspectiva se orienta a la formación y mejora de las habilidades de los funcionarios públicos, la calidad de los sistemas de información utilizados por las agencias públicas y los efectos de un alineamiento organizativo a fin de que se alcancen los objetivos definidos por la entidad (PEA, 1999, p. 8). Los procesos sólo tendrán éxito si son conducidos por funcionarios motivados y bien informados, capaces de asumir nuevas.

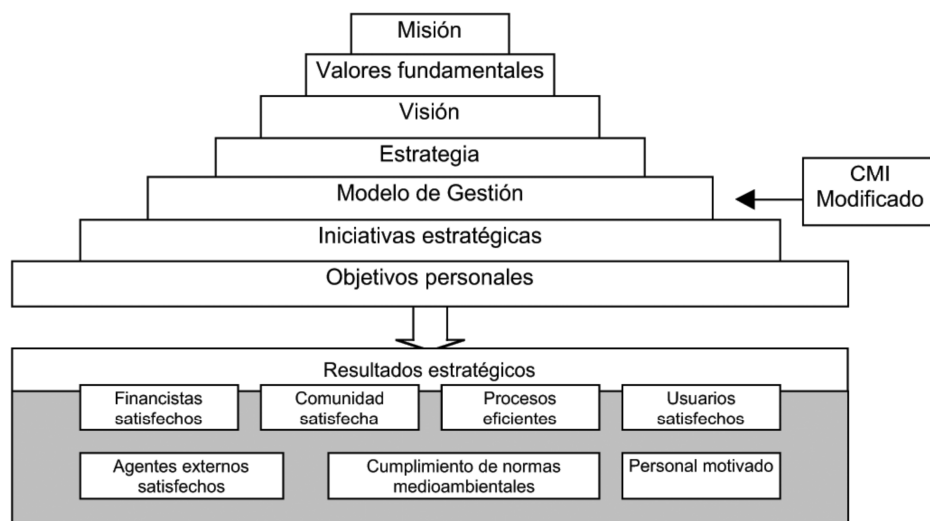
Al operar como organizaciones basadas en la misión, las agencias del sector público y sin fines de lucro dependen en gran medida de las competencias, dedicación y alineación de su personal para cumplir sus objetivos socialmente importantes. Los empleados y la infraestructura organizacional representan el hilo con el que se entrelaza el resto del Balanced Scorecard. El éxito en la conducción de las mejoras de procesos, en la operación de manera fiscalmente responsable y en la satisfacción de todos los grupos de clientes depende en gran parte de la habilidad de los empleados y en las herramientas que utilizan para sostener su misión. Empleados motivados con la correcta mezcla de competencias y herramientas, operando en un clima organizacional diseñado para sostener las mejoras son los ingredientes claves para conducir las mejoras de procesos, trabajar dentro de las limitaciones financieras y finalmente lograr el éxito de la misión [Niven, 2005].

3.6.4.11. Mapa estratégico en el sector público

Desde una perspectiva distinta, aunque complementaria los objetivos estratégicos están vinculados entre sí mediante relaciones de causa-efecto, configurando un mapa estratégico compuesto por objetivos en cuatro niveles en orden jerárquicos. Este instrumento basado en los trabajos de Norton y Kaplan, puede ser adaptado al planeamiento a la realidad del sector público [Norton y Kaplan, 2004].

Dada la importancia de la estrategia es importante que el modelo de gestión permita la traducción de esta, en un proceso continuo que va desde la misión hasta los objetivos personales, que van en consistencia con los de la organización (Ver Ilustración 3-9). Condición de la mayor importancia en los sistemas públicos, por cuanto su misión tiene un marcado componente social.

Ilustración 3-9: Traducción de la misión a resultados esperados



Fuente: Adaptación al esquema presentado por Kaplan y Norton, "traducción de la misión a resultados esperados"

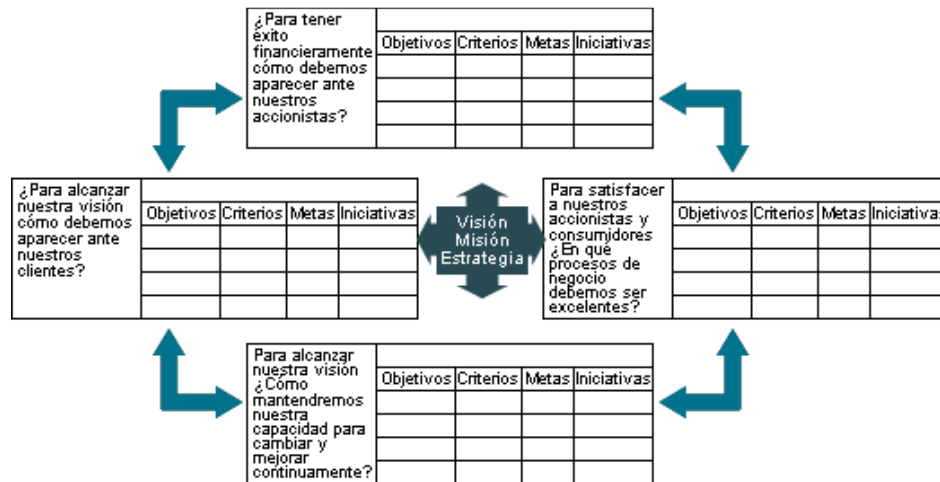
Dentro del mapa estratégico es necesario definir las relaciones de causa y efecto que existan, que parten desde arriba hacia abajo. Por lo que de esta adaptación del CMI partirá desde los stakeholders, pasará por la perspectiva humana, llegando a los inductores que en este caso son la perspectiva financiera, procesos y agentes externos.

Correspondiendo a los inductores, a quienes proveen indicación temprana del progreso hacia el logro de objetivos y políticas de direccionamiento estratégico mediante el desempeño de implantación de estrategia.

3.6.4.12. Indicadores, metas e iniciativas

Como se ha dicho anteriormente el Mapa Estratégico define la lógica de la estrategia, mostrando claramente los objetivos de los procesos internos básicos que crean valor y los activos intangibles necesarios para respaldarlos. El Cuadro de Mando Integral traduce los objetivos del mapa estratégico en indicadores y metas a alcanzar. Pero los objetivos y las metas no se alcanzan simplemente por haber sido identificados, sino que la organización debe lanzar un conjunto de programas de acción que permita alcanzar las metas de todos los indicadores. La organización debe proporcionar recursos, personas, financiamiento y capacidad a cada programa de acción lo que también se llaman Iniciativas Estratégicas.

Ilustración 3-10: Indicadores, metas e iniciativas que traducen la estrategia en acción



Fuente: Adaptado de Kaplan y Norton

Para cada indicador se deben identificar las iniciativas estratégicas necesarias para alcanzar la meta propuesta. Las iniciativas crean resultados, de ahí que la ejecución de la estrategia se haga a través de las iniciativas.

Los planes de acción que definen y proporcionan recursos para las iniciativas estratégicas deben estar alineados con los temas estratégicos y deben verse como un conjunto integrado de inversiones, en lugar de como un grupo de proyecto aislado [Norton y Kaplan, 2004].

4. Marco Analítico

A continuación se desarrollará un plan de diseño del modelo propuesto, ya que la implementación real quedó definida como una oportunidad de desarrollo para la organización. Comenzaremos con una planificación estratégica que comprende el análisis interno y externo, la definición de visión y misión, objetivos y formulación de estrategias alternativas. Las metodologías que se utilizarán para el desarrollo de las etapas antes mencionadas son la matriz FODA para la formulación de las estrategias, matriz de evaluación de factor externos (EFE) y la matriz de evaluación de factores internos (EFI) para determinar las posiciones estratégicas externas e internas, necesarias para definir los objetivos del Área Salud.

4.1. Planificación estratégica del área salud de la CORMUVAL

4.1.1. Análisis externo

A continuación se presenta un análisis de las fuerzas externas que inciden en el Área Salud, considerando factores, sanitarios, políticos, económicos, tecnológicos, competitivos y sociales.

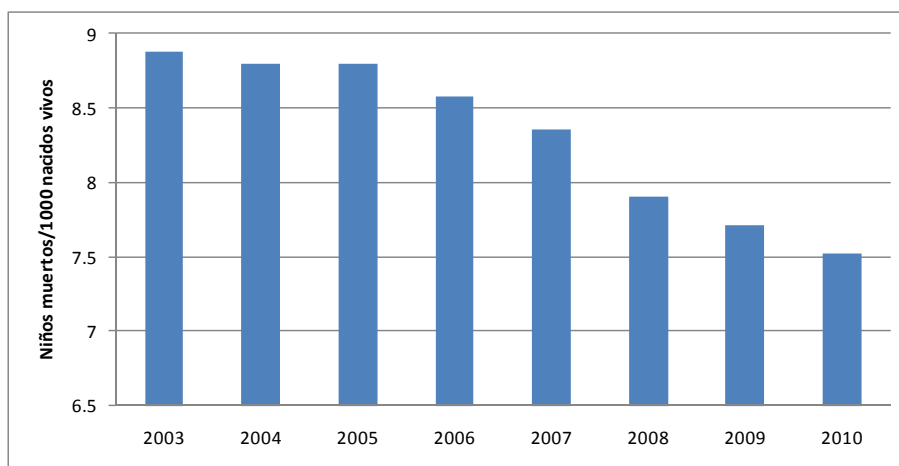
- **Factor sanitario**

El éxito de la función de APS depende en gran medida de los resultados sanitarios los cuales son medidos por los indicadores de salud.

Chile se encuentra en una situación de privilegio en cuanto a indicadores sanitarios se refiere. La OMS hace una comparación de tasas de mortalidad infantil en distintos países de la Américas, en donde Chile ocupa el lugar 163 de un total de 221 países.

Durante los últimos 100 años la mortalidad infantil en Chile ha tenido directa relación con los problemas sociales del país. Por eso las políticas públicas de salud debieron hacerse cargo de ello. Mejorar las políticas de salud, de alimentación y educación fue una labor esencial para garantizar la supervivencia de los pequeños. Actualmente la entrega gratuita de leche y los planes de vacunación han sido esenciales. Hoy siete de cada 1.000 niños no sobreviven, muertes que se relacionan con motivos genéticos, enfermedades respiratorias y el bajo peso al nacer.

Por este motivo para analizar el factor sanitario se utilizará el indicador de mortalidad infantil el cual a nivel país se representa en la siguiente Ilustración 4-1.

Ilustración 4-1: Tasa de mortalidad Infantil Chile (2003-2010)

Fuente: CIA WORLD FACTBOOK

En la ilustración 4.1 se observa la tasa de muertes de niños menores de 1 año de edad determinado por cada 1000 nacidos vivos en el mismo año. Se incluye la tasa de mortalidad total y las muertes por género, masculino y femenino. Como se puede apreciar la tasa de mortalidad infantil ha ido disminuyendo al pasar de los años, actualmente es de 7.34 muertes/1000 nacidos vivos (hombres: 8.1 muertes/1000 nacimientos), mujeres (6.55 muertes/1000 nacimientos) (Ver Anexo 1).

Esta disminución se debe principalmente a el aumentó en Chile la cantidad de personas viviendo en las ciudades; el nivel educativo de la población; se redujo la natalidad y aumentó la cobertura urbana de agua potable, alcantarillado y luz eléctrica. Todo esto representa un aumento en el stock de capital o patrimonio que poseen las familias financiado por ellas mismas y por el Estado a través del gasto público. El gasto público en salud creció entre 1988 y 2008 en 41,26 % en términos reales, lo que se puede apreciar en el Anexo 2, gasto que inicialmente se destinó preferentemente a las atenciones a las madres, los niños, los programas de leche y en menor proporción a personal e inversión real.

Ilustración 4-2: Crecimiento del gasto público (1988-2008)

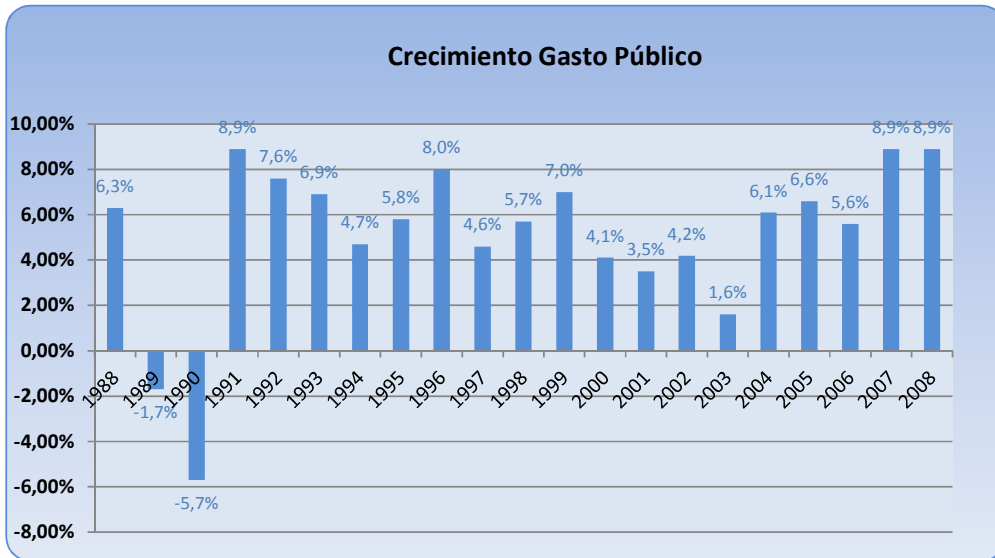
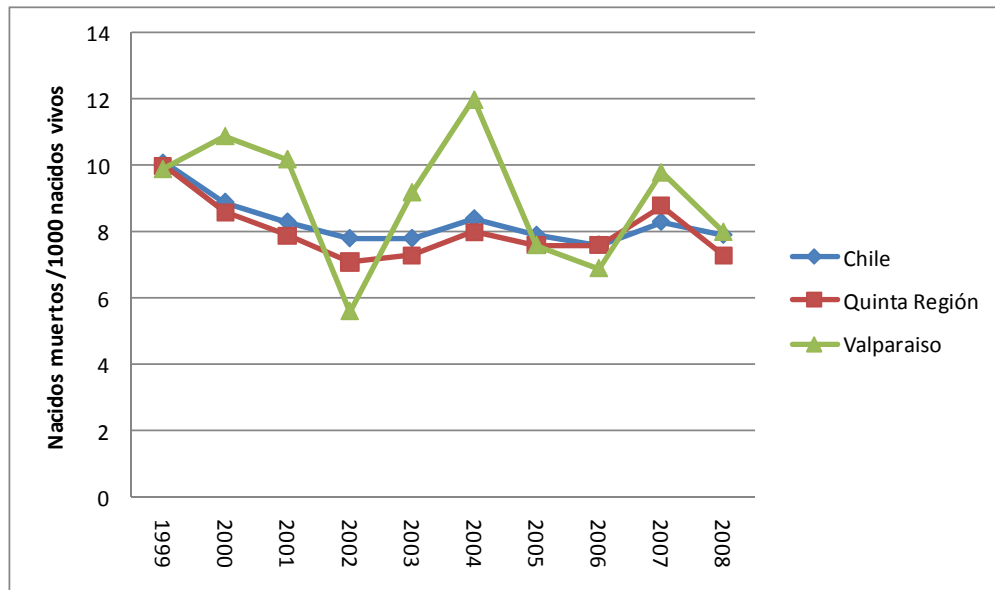


Ilustración 4-3: Tasa de mortalidad infantil Valparaíso (1999-2008)



En la Ilustración 4.3 se puede apreciar que en el periodo 1999-2008, la Quinta Región se mantiene con una leve tendencia a tener una mortalidad infantil por debajo del promedio país, sin embargo, la comuna de Valparaíso se encuentra significativamente por

sobre ambos promedios en la mayor parte del período observado. La baja experimentada por este indicador en nuestra comuna en el año 2002 no encuentra explicación epidemiológica y la falta de persistencia del mismo (vuelve al año siguiente a ubicarse por sobre el promedio regional y nacional, podría presuntamente significar un déficit en el registro de información (Ver Anexo 1)

- **Factor Socio económico**

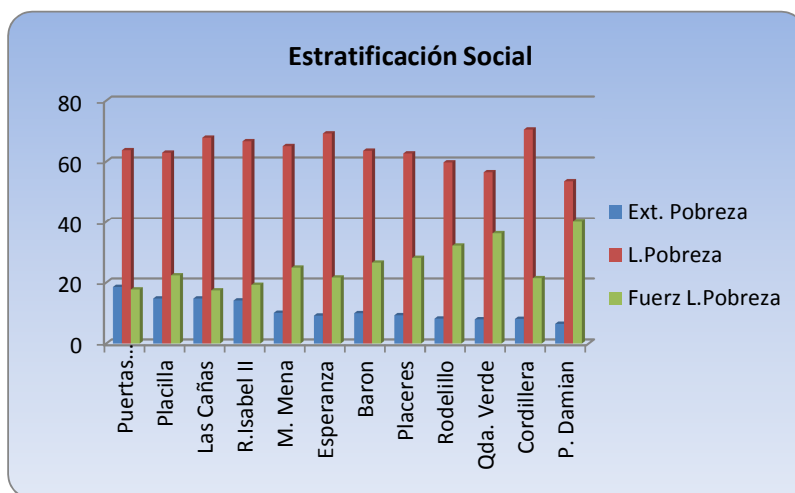
La estratificación social es un medio para representar la desigualdad social de una sociedad en la distribución de los bienes y atributos socialmente valorados.

El Ministerio de Planificación, señala que en la Quinta Región existe un 5,3% de personas en condiciones de indigencia (Valparaíso: 15.609 habitantes) y un 13,9% en situación de pobreza (Valparaíso: 40.936 habitantes).

Tabla 4-1: Estructura socioeconómica de la población de Valparaíso, a partir del modelo ADIMRK /INE 2004

Comuna	ABC1	C2	C3	D	E
Concon	13,16	22,97	22,81	32,23	8,83
Quilpue	7,09	25,93	26,74	31,88	8,36
Valparaiso	4,23	17,73	26,41	37,93	11,69
Villa Alemana	5,15	25,04	28,62	32,89	8,30
Viña del Mar	12,26	25,70	24,08	29,64	8,32
Promedio	8,4	23,9	25,7	32,9	9,1

La estructura socioeconómica segmentada, muestra que Valparaíso disminuye su participación en los grupos ABC1y C2 a favor de segmentos de menores ingresos D y E. También concentra un volumen de pobreza sustantivo, representado por un 25 % de pobreza, respecto del total de pobres de la Quinta Región.

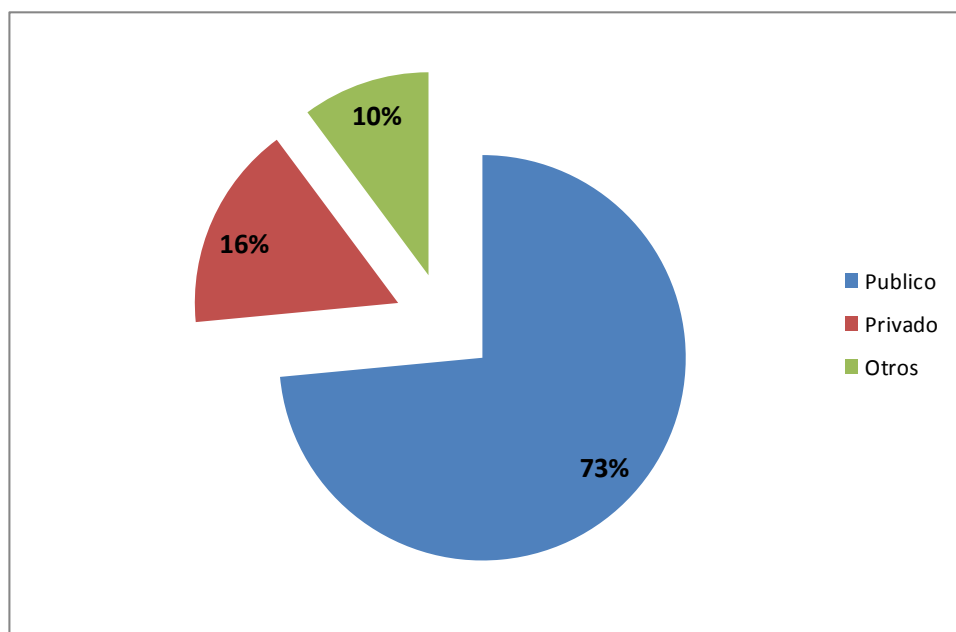
Ilustración 4-4: Estratificación Social según Ficha CAS 2

En la Ilustración 4.4 se muestra la estratificación social de las personas inscritas en los consultorios del área salud, a las cuales se les aplicó la encuesta CAS durante el año 2006. A partir del año 2007 se reemplazó la encuesta CAS por la Ficha de Protección Social, aún no se cuenta con reportes de este instrumento. Además, se puede apreciar que al igual que en el resto del país, existe desigualdad en la distribución de los recursos, se puede observar que la estratificación social de las personas que habitan los cerros de Valparaíso es bastante desigual, lo que se ve reflejado en los aspectos que se mencionan a continuación:

- **Desigualdad en las prestaciones de salud:** excepto en las actividades de prevención entregados por el sistema público y las urgencias, en todo el resto, a mayores ingresos, mayor número de atenciones, particularmente en la atención dental (es de más alto costo), y la mayor disponibilidad de horas de especialidades está en el sector privado (la mayoría de los médicos especialistas atienden a la minoría de la población de más altos ingresos).
- **Desigualdad en el financiamiento:** el sistema privado recauda 60% de los ingresos de sistema vía cotizaciones obligatorias: dispone del 37.13% del total de ingresos para atender a cerca del 16% de la población. Los afiliados a ISAPRES cuentan con mayores beneficios ya que estas organizaciones de salud son reguladas por la competencia y el mercado, y no se ven regidos por un marco rígido como es el caso de FONASA. A pesar de tener una menor población, cuentan con mayores recursos para acaparar profesionales, sobretodo médicos especialistas, y generar una mayor y mejor infraestructura (Ver Ilustración 4.4). El gasto per cápita en salud pública es notoriamente menor que en el sector privado y el financiamiento de las ISAPRES es mayor que el de FONASA (Ver anexo 4).

- **Desigualdad en las expectativas de vida:** mientras en comunas acomodadas se alcanzan expectativas de vida de más de 80 años y la mortalidad infantil es cercana a 3% por mil nacidos vivos, pudiendo fácilmente acceder a la atención médica de alta calidad, los pacientes del sistema público tienen grandes dificultades para acceder a la atención en salud; tienen una expectativa de vida 20 años menor e indicadores de salud similares a muchos países pobres del tercer mundo. No es éticamente aceptable que muchos chilenos deban vivir 20 años menos, sólo por su condición modesta y bajo nivel educativo, o tener una mortalidad infantil 10 veces superior que el resto de los chilenos.
- **Desigualdad en el volumen de usuarios:** los usuarios del sistema público corresponden a los pacientes beneficiarios que se atienden en los centros de salud, lo que podemos visualizar en la siguiente Ilustración 4-5.

Ilustración 4-5: Número de beneficiarios del sistema público y privado de salud en Chile en el 2009



Fuente: FONASA

En la Ilustración 4-5 podemos apreciar que el sistema público atiende el 73% de la población más pobre, ancianos y niños de alta morbilidad, mientras que el sector privado, con el doble del financiamiento per cápita, atiende un universo mayoritariamente joven y de morbilidad menor, de los más altos ingresos del país (Ver Anexo 3).

- **Factor demanda de salud y nivel de ingresos**

Los análisis de demanda consisten en diferenciar la demanda de prestaciones según los niveles de ingresos del hogar. Con este propósito se agrupa a la población en quintiles de ingreso 2 para verificar si existen diferencias significativas por estratos en la demanda de servicios de salud.

Tabla 4-2: Demanda de salud por nivel de ingresos

Prestación	40% de ingresos bajos	40% de ingresos alto
Control preventivo de salud	12.9	-17.4
Consulta general	5.3	-7.7
Consulta de urgencia	17.7	-33.4
Consulta de especialidad	-25.7	16.6
Atención dental	-28.6	18.3
Exámenes de laboratorio	-11.8	8.6
Rayos X o ecografías	-25.2	10.6

Fuente: Elaboración Propia con datos de la encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)

En el siguiente cuadro se pueden desprender varias conclusiones. En primer lugar en Chile el bloque de prestaciones constituido por las Atención Primaria (consultas preventivas y generales) y la atención de urgencia ha alcanzado un nivel de cobertura tal que no existe discriminación en el acceso por quintil de ingresos.

Diferente es el caso del segundo bloque el de consultas de especialidad y atención dental, exámenes de laboratorio e imagenología (rayos x y ecografías).

En efecto, al comparar los promedios por quintiles encontramos que en el primer bloque hay un mayor número de prestaciones recibidas por los hogares de menores ingresos, de modo que la desviación porcentual de la demanda de los servicios mencionados con respecto a la media es mayor en los quintiles de ingresos bajos. Esto indica que dichos estratos no tienen restricciones para acceder a los servicios. En cambio en el segundo bloque de las prestaciones, quienes no disponen de recursos, especialmente los afiliados a FONASA en las categorías A y B deben esperar turnos o tiempos exagerados para acceder a los servicios, o bien pagar la totalidad o parte de la prestación para lograr atención oportuna. Es decir ante la exigencia de un pago hay una notoria reducción de la demanda de los dos primeros quintiles de ingresos, lo que se explica por un auto inhibición de la demanda, impulsada por la falta de recursos para afrontar la necesidad de atención a tiempo oportuna.

También se debe considerar la hipótesis de una sobre reacción en estos sectores frente a posibles enfermedades. Hay indicios suficientes para pensar que la demanda de atención de urgencia obedece en muchos casos más bien a una percepción individual que a

² Esta agrupación la ha realizado directamente el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) en su base de datos, y lo hizo considerando solo los ingresos autónomos de los hogares.

lo que pueda ser entendido clínicamente como urgencia y que una proporción significativa de estas atenciones podría haberse dado en las instancias normales de la atención primaria.

Sin embargo, hay estimaciones de que el déficit de profesionales de la salud en establecimiento de atención primaria bajo administración Municipal (sistema público), alcanzaba en el 2002 cerca del 50%, lo que explicaría la “fuga” de pacientes en este nivel. En los casos de atención dental, laboratorio e imagenología la diferencia de la demanda según quintiles de ingresos pareciera deberse a que los sectores de ingresos bajos se ven obligados a postergar estas prestaciones por carencias reales de dinero.

En definitiva, los antecedentes exhibidos en el cuadro muestran la inequidad horizontal en Chile, es decir, la medida en que personas con igual necesidad de servicios de salud tiene diferentes tasas de utilización de ellos.

- **Factor oferta de salud**

Los cambios en la atención primaria han sido más rápidos, profundos y efectivos que en la atención hospitalaria, lo que aconseja hacer pagos por prestaciones o por grupos de ellas.

Sin embargo, en la literatura especializada se concluye que la eficiencia de los métodos de pago varía según el nivel o grado de complejidad de las patologías a las cuales se aplica. Por lo tanto se mantiene la aplicación a mantener el pago per cápita para la atención Primaria, incorporando progresivamente a este método todas las prestaciones que actualmente se pagan por medio de programas especiales y sobre los cuales existe información suficiente, tanto epidemiológica como financiera, para hacer este traspaso. La necesidad de lograr un buen desempeño en diferentes ámbitos (eficiencia, calidad, equidad) está llevando a muchos países a combinar varios métodos de pago con el fin de potenciar los aspectos favorables de cada uno y mitigar los adversos.

- **Atención de pacientes no beneficiarios**

Se considera paciente no beneficiario a todo aquel que no esté afiliado a FONASA. Principalmente los pacientes pertenecientes a ISAPRE y Fuerzas Armadas. Esta atención corresponde a una transferencia no deseada, ya que en general en el sistema público no existe la voluntad de otorgarla ni el derecho a recibirlo y cuyo origen se deriva en la incapacidad de cobrar, producto de la ineficiencia administrativa de los establecimientos públicos.

- **Factor tecnológico**

La tecnología en el área de la salud se considera un factor crítico, tanto en lo relativo a equipos médicos como a sistemas de información y gestión. En lo relativo a equipos médicos esta genera una diferencia entre las distintas organizaciones, tanto públicas como privadas, constituyéndose para los pacientes en una parte del valor percibido, no podemos dejar de mencionar el alto costo que demanda la implementación y

su rápida obsolescencia. La tecnología de información aplicada a sistemas de información y gestión es cada día más necesaria para cumplir con los requerimientos tanto de eficiencia y eficacia exigida por los pacientes y la administración de los centros de salud. El uso de Internet para las diferentes operaciones del Área Salud debe ser tomado en cuenta.

- **Factor competitivo**

Actualmente la oferta de profesionales médicos y enfermeras interesados en trabajar en salud primaria es muy reducida ya que estos prefieren las instituciones privadas, principalmente porque estas instituciones les ofrecen mejores expectativas salariales, mejor infraestructura del lugar de trabajo y en general mejores condiciones de trabajo.

En el caso de los consultorios del Área Salud de Valparaíso este problema se agudiza aun mas ya que la remuneración que esta organización ofrece a estos profesionales es más baja en relaciona otras comunas como Viña del Mar o Quilpué, lo cual provoca un éxodo de profesionales en búsqueda de mejores expectativas laborales. En este sentido el incremento de la competencia que hoy existe y que seguirá aumentando, obliga a tomar medidas para contener costos, lo anterior significa mejorar la productividad de cada establecimiento, de sus unidades de servicio y en último término de cada persona que labora en ellos. La contención de costos pasa por la revisión de procesos, por la implementación de programas de mejoramiento continuo y en algunos casos por la reingeniería de los procesos existentes.

- **Factores sociales, culturales**

En los últimos años las causas de enfermedades y muerte de la población en Chile han cambiado desde las asociadas a estados incipientes de desarrollo, a otras asociadas a envejecimiento, a la mayor urbanización, al deterioro del medio ambiente y a los estilos de vida de las personas.

Una de las principales características de este cambio es la importancia que adquieren problemas como tumores, enfermedades cardiovasculares, de salud mental y accidentes, todos los cuales son causados por una combinación de factores , son preferentemente crónico y sus tratamientos implican procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto costo. Así la proyección de estos problemas en el tiempo ira poniendo en evidencia de manera creciente las dificultades del sector para financiarse y brindar cobertura y protección adecuada a la población. Por este motivo resulta apremiante contar con un sistema de salud primaria preparada para enfrentar estos desafíos y que sea capaz de aumentar el rendimiento que le da a los recursos y de aumentar la calidad de las prestaciones que otorga. También es importante señalar que los cambios epidemiológicos han incidido en el aumento de los costos en las prestaciones de salud, ya que por ejemplo se debe destinar más recursos a investigación. Otro factor a considerar es el aumento de la esperanza de vida de la población y la baja en la tasa de natalidad, esto se traduce en un aumento de la tercera edad, abriéndose un nuevo segmento de mercado a explotar, en este campo existe una demanda no satisfecha.

- **Factores demográficos quinta región**

La población general de la región es de 1.672.357 habitantes, de ellos 466.143 corresponden a la jurisdicción del SSVSA, de esta población 389.989 son población inscrita y validada en la Red de Salud SSVSA (184.000 son hombres y 205.989 son mujeres). La estructura de nuestra población, al igual que la del país ha tenido grandes cambios, ello se observa el cambio que va a experimentar la distribución de la población en los grandes grupos de edad entre los años 1990 y 2020. En Chile en el grupo de 0 a 14 años se va a tener una disminución de la población de un 32,4% y en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio de un 34,5%.

Para el grupo de 65 años y más, el país tendrá un 95,4% más de adultos mayores en el año 2020 respecto al año 1990, en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio la comuna de El Quisco es la que tendrá el valor más alto con un 151,6% más, seguida de San Antonio con un 110,8% y finalmente Juan Fernández con un 109,7% más. En la actualidad la población mayor de 65 años es de 46.444 de ellos 18.662 son hombres y 27.782son mujeres.

La estructura ataría de nuestra comunidad muestra pirámides poblacionales en la cual se aprecia el envejecimiento progresivo de la población, con la transformación desde la característica forma piramidal a una forma de pilar. Si en 1990 las personas de 65 años y más correspondían al 7,6 % de la población, la proyección para el año 2020 será de un 13,9% de la población. Se espera que este crecimiento en el número de adultos mayores genere mayor demanda sobre los Servicios de Salud. El envejecimiento progresivo de la población, involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica.

- **Factor legal**

El desarrollo de la atención Primaria se enmarca en un contexto legal dentro del cual se garantiza el acceso a la atención de salud, se establecen derechos y deberes con los trabajadores y se incorporan mecanismos de Incentivo al Desempeño Colectivo. La siguiente tabla presenta los principales cuerpos legales que rigen la operación y organización del área salud.

Tabla 4-3: Normativa legal del Área Salud

Ley 19.966	AUGE - Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud. Contempla mecanismos legales que dotan al ministerio de salud para definir un conjunto de enfermedades priorizadas y las respectivas garantías asociadas. Establece, entre otras materias: Un plan de salud obligatorio para el FONASA y las ISAPRES (el Régimen de Garantías o Plan AUGE), consistente en confirmación diagnóstica y tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas por su alto impacto sanitario y social. Para las prestaciones asociadas, se definen, además, garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera; Financiamiento público para los carentes de ingresos o indigentes.
Ley 19.378	Estatuto para funcionarios de Atención Primaria en Salud. Establece los derechos y deberes contractuales de los funcionarios que se desempeñan en los establecimientos de salud primaria.
Ley 19.813	Asignación de Estímulo al Desempeño Colectivo. Recompensa salarial para los funcionarios de APS asociada al cumplimiento de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención otorgada a los pacientes.

Fuente: Elaboración propia

- **Factor asistencial**

La atención de los problemas de salud de los habitantes de la comuna de Valparaíso está a cargo, dentro del sector público, de la red conformada por los establecimientos dependientes del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

La red de Atención Primaria de Valparaíso está formada por 16 establecimientos, de los cuales 14 dependen de la Municipalidad de Valparaíso, manteniéndose en la actualidad solo dos centros bajo la administración del Servicio de Salud.

En la comuna existe un total de 16 establecimientos de salud destinados a la atención en el nivel primario de Salud (APS). El SSVSA administra dos centros, en tanto la

Corporación Municipal para el Desarrollo Social a través de su Área de Salud, administra 6 CES (Centros de Salud), 6 CESFAM (Centro de Salud Familiar) una posta rural y un CECOF (Centro Comunitario Familiar).

De esta forma, el Área Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social tiene por función administrar y coordinar los consultorios, postas y los servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), integrándose en forma efectiva a la red asistencial del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (SSVSA) y contribuyendo directamente a mejorar el estado de salud de los habitantes de la comuna.

Ilustración 4-6: Mapa de la Red Asistencial



Fuente: SSVSA

- **Institucionalidad**

La Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social nace a través del D.L.1-3.063 de 1980, documento que crea las Corporaciones Municipales con el objeto de administrar los servicios traspasados desde los Ministerios de Educación y de Salud que haya tomado a su cargo la Ilustre Municipalidad de Valparaíso. La CORMUVAL, es una institución de derecho privado sin fines de lucro, responsable de administrar, desarrollar y gestionar los servicios de Educación, Salud y Cementerios municipalizados. Esta corporación está presidida por el Alcalde Don Jorge Castro, y su representante legal es el Gerente General de ésta Gustavo Mortara.

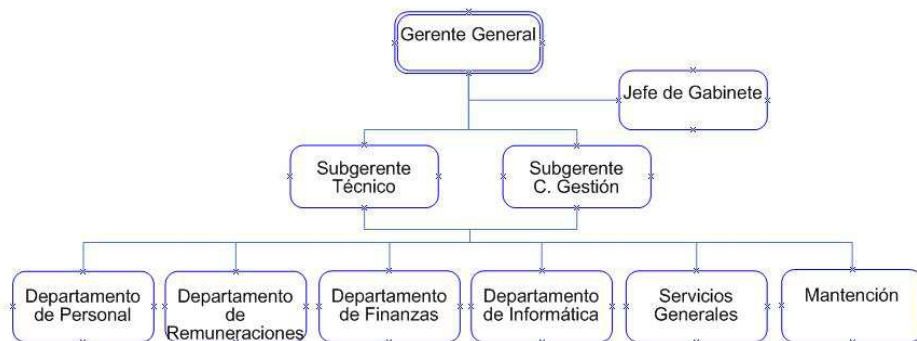
La CORMUVAL se organiza en áreas, estas son Educación, Salud Municipal y Cementerios. Dichas áreas se apoyan de una unidad central que gestiona los servicios transversales, además, en virtud de un contrato con la Municipalidad, presta servicios en el área de aseo de la ciudad.

A continuación se describen las interacciones del Área Salud con la CORMUVAL que son relevantes para el estudio.

a) Administración Central

La administración Central está encargada de la administración de los recursos humanos, financieros y físicos del área Salud y de todas las demás áreas que administra.

Ilustración 4-7: Estructura Organizacional de la Administración Central de la CORMUVAL



Las funciones de los departamentos mencionados, corresponden a servicios transversales de apoyo al Área Salud. El detalle de dichas funciones se puede observar en el Anexo 5.

La centralización de las actividades de personal, remuneraciones, gestión de contratos, finanzas, informática y mantención en el área central de la CORMUVAL, provoca una gran cantidad de errores en la información, errores en los contratos, control de

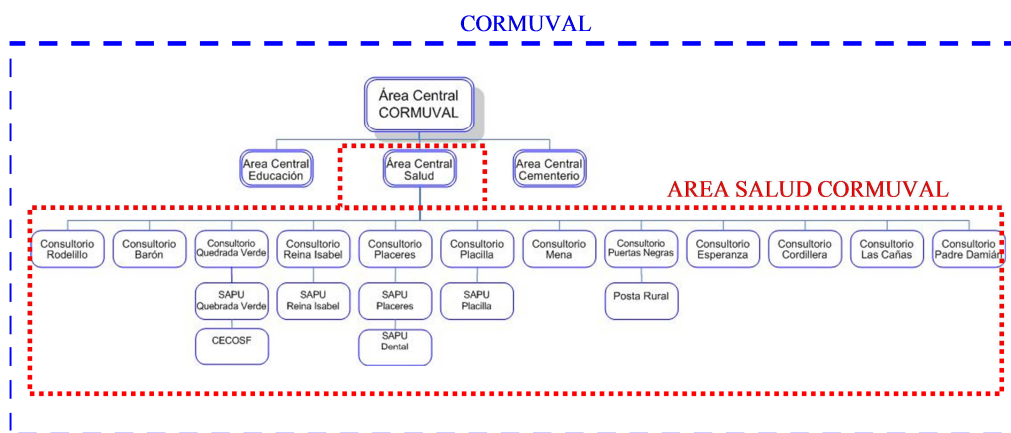
dotación, imputaciones de ingresos y gastos etc. El área central salud centra sus funciones en un nivel técnico, es decir orientan sus actividades al cumplimiento y programación de las prestaciones de APS, cumplimiento de metas, etc. Pero carece de una gestión administrativa eficiente y de mecanismos de control que permitan retroalimentar la información al área central de la CORMUVAL, favoreciendo un desorden generalizado de la información clave para la toma de decisiones e impide llevar un control de dotación y un control financiero eficiente.

4.1.2. Análisis interno

4.1.2.1. Estructura organizacional área salud

El Área Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social tiene por función administrar los Centros de Salud, cuatro de ellos con sus respectivos SAPU, un centro comunitario de salud familiar y una posta rural, desarrollando los lineamientos técnicos provenientes del Ministerio de Salud e integrando la red asistencial del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

Ilustración 4-8: Área salud de la Corporación Municipal de Valparaíso



En la Ilustración 4.8 se esquematiza el Área de estudio que será considerada en la planificación estratégica de este proyecto y en el posterior diseño del CMI.

a) Área Central Salud

Las funciones del Área Central salud son las siguientes:

- Administrar los centros de salud de atención primaria, los servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), el centro comunitario de salud familiar (CECOF), y la posta de salud rural.

- Realizar la programación de las prestaciones y actividades de atención primaria.
- Definir la dotación de personal necesaria para que los centros de salud puedan cumplir las funciones programadas.
- Administrar los recursos recibidos vía per cápita y de convenios
- Velar por el cumplimiento de los IAAPS y indicadores de la ley 19.813
- Capacitar a los funcionarios de APS
- Trabajar para dignificar la atención de salud primaria, tanto de los usuarios externos (beneficiarios) como de los usuarios internos (personal de salud primaria)
- Desarrollar políticas de salud municipalizada, enmarcadas en las políticas del Ministerio de Salud, Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, Municipalidad de Valparaíso y corporativas.
- Preparar el programa comunal de salud y el programa de salud de los establecimientos de atención primaria de salud municipalizada en el marco de las normas técnicas programáticas del Ministerio de Salud.

Para realizar las funciones anteriores, el Director de Área Don Leonard tiene a su disposición diversos cargos que son claves para su funcionamiento y que se mencionan a continuación:

- Subdirector Área Salud
- Jefatura Administrativa
- Jefatura Técnica
- Jefatura de Farmacia
- Encargado de Promoción de Salud
- Encargado de Salud Mental
- Directores de los Centros de Salud

b) Centros de Salud de Atención Primaria Municipal

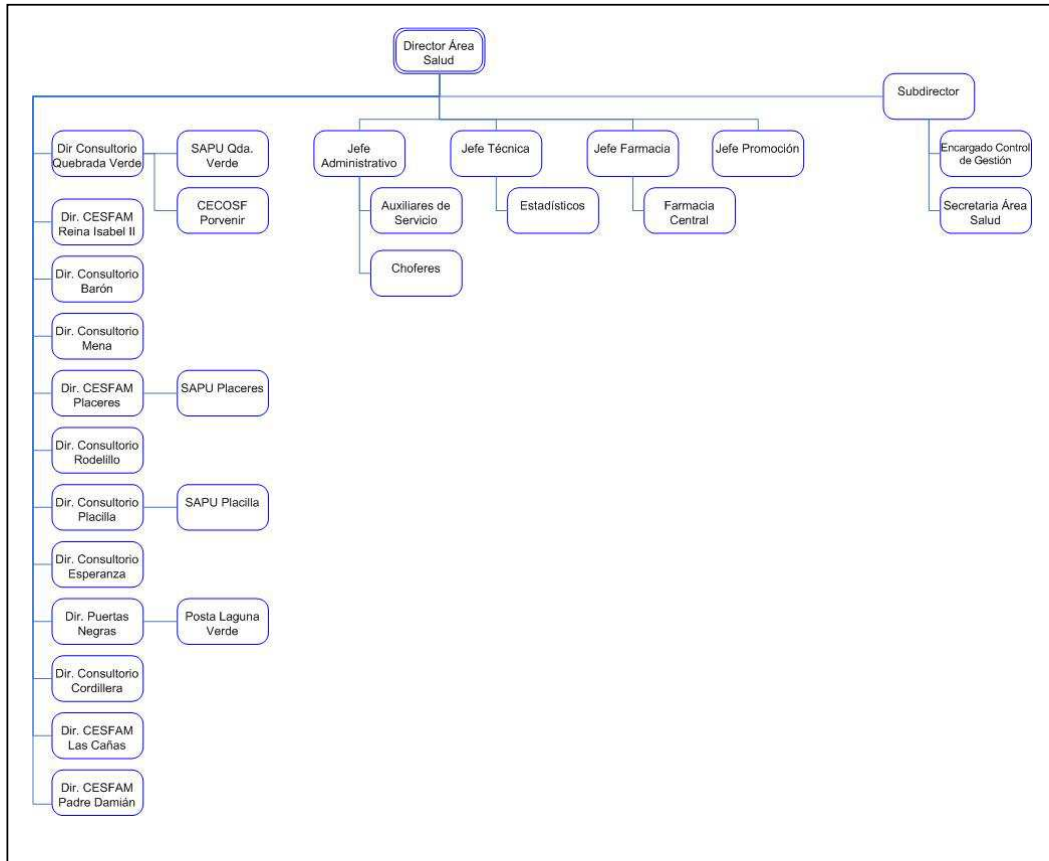
Los centros de salud de atención primaria son lugares donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial. En Valparaíso existen 14 centros de salud de atención primaria municipal, de los cuales 2 pertenecen al SSVSA y los otros 12 establecimientos junto con 3 servicios de atención primaria de urgencia, 1 centro comunitario de salud familiar y una posta rural, dependen de la Municipalidad y son administrados por el Área central salud de la Corporación Municipal de Valparaíso. La ubicación de estos centros de salud y el número de pacientes inscritos se detallan en la siguiente tabla 4-4.

Tabla 4-4: Ubicación de los centros de salud y pacientes beneficiarios

ESTABLECIMIENTOS	COMPLEMENTARIOS	UBICACIÓN	PACIENTES INSCRITOS
CES QUEBRADA VERDE		C° PLAYA ANCHA	39.921
	SAPU QUEBRADA VERDE CECOF	C° PLAYA ANCHA PORVENIR BAJO	
GESFAM PLACERES		C° PLACERES	21.417
	SAPU PLACERES SAPU DENTAL PLACERES	C° PLACERES C° PLACERES	
GES PLACILLA		PLACILLA	12.269
	SAPU PLACILLA	PLACILLA	
CES PUERTAS NEGRAS		MONTEDONICO	11.798
	POSTA LAGUNA VERDE	LAGUNA VERDE	1.429
GESFAM REINA ISABEL		BARRIO O'HIGGINS	26.784
CES BARON		C° BARON	24.478
CES MENA		C° FLORIDA	23.870
GES RODELILLO		RODELILLO	15.539
CES ESPERANZA		C° ESPERANZA	10.127
CES CORDILLERA		C° CORDILLERA	9.730
GESFAM LAS CAÑAS		C° LAS CAÑAS	8.977
GESFAM P. DAMIAN		LAS PALMAS	8.299
TOTAL			214.638

Fuente: Área Salud CORMUVAL

Como se puede observar en la tabla 4.4, el Área salud cuenta con 4 establecimientos que son centros de salud familiar y 6 establecimientos complementarios que dependen en forma técnica y administrativa de un CES o un GESFAM. En el caso de los SAPU y el CECOF no poseen pacientes inscritos, pero si en la Posta de Laguna Verde.

Ilustración 4-9: Estructura organizacional del área salud

Fuente: Área Salud de la CORMUVAL

Como se puede apreciar en la Ilustración 4-9 la estructura organizacional del Área Salud corresponde a una estructura matricial el cual presenta líneas duales de autoridad. La fuerza de este modelo yace en poner juntos a especialistas de la misma rama, lo que reduce al mínimo el número necesario de ellos, mientras que permite agrupar y compartir los recursos. Su desventaja es la dificultad en coordinar las tareas de diversos especialistas. La característica más llamativa de este modelo es la ruptura de la unidad de mando, lo que se traduce en la existencia de dos superiores uno funcional y otro técnico.

En el área salud trabajan empleados de acuerdo a la planilla contratos de diciembre del 2010. El detalle de cuantas personas trabajan por establecimiento se muestra en la siguiente tabla 4.5.

Tabla 4-5 : Números de funcionarios por establecimiento del área salud y por tipo de contrato.

Establecimiento	Contrata	Planta	Reemplazo	Total general	Nº Inscritos
Baron	35	28	9	72	24,365
CECOF	5	4	2	11	0
Cordillera	28	13	4	45	9,887
Area central salud	11	13	1	25	0
Esperanza	24	16	6	46	10,910
Las cañas	19	17	5	41	9,160
Mena	36	26	3	65	24,067
Puertas Negras	18	23	5	46	11,566
Padre Damian	22	14	4	40	8,600
Placeres	24	35	5	64	21,515
Placilla	18	19	9	46	13,362
Posta Laguna Verde	2	1	0	3	1,705
Quebrada Verde	54	41	7	102	40,645
Reina Isabel	53	33	6	92	27,639
Rodelillo	26	22	9	57	15,821
SAPU Placeres	6	10	0	16	0
SAPU Placilla	12	1	1	14	0
SAPU Quebrada Verde	12	15	1	28	0
SAPU Reina Isabel	6	1	1	8	0
Total general	411	332	78	821	219,242

Fuente: Área Salud CORMUVAL

En la tabla 4.5 se puede apreciar que el consultorio con mayor número de contratos corresponde al consultorio de Quebrada Verde, lo que es consistente con el hecho de que este consultorio tiene el mayor número de inscritos, por el contrario, la Posta de Laguna Verde tiene el menor número de inscritos y menor dotación.

Por otra parte, a nivel de área central salud, trabajan 25 personas, las cuales tienen funciones específicas que permiten la administración de los consultorios. Las funciones de los cargos más relevantes se pueden revisar en el Anexo 6.

En la tabla 4.5 se aprecia que el 50% del total que corresponde a 411 contratos, corresponden a plazo fijo y un 40% que corresponde a 332 de plazo indefinido. De acuerdo al estatuto de APS, los contratos plazo fijo no pueden superar al 20% del total de los funcionarios contratados.

Los funcionarios del área salud que presenten plazo fijo e indefinido, desarrollan una carrera funcionaria que es establecida por el Estatuto de APS. La antigüedad laboral más las horas de capacitación, le permiten a los funcionarios ir avanzando de nivel en su carrera funcionaria, lo que implica un aumento en sus remuneraciones, además de recibir bonos de estímulos, como el desempeño colectivo y la asignación de merito.

Tabla 4-6: Número de contratos a honorarios por inscrito

Establecimiento	Total general	Nº Inscritos
Quebrada Verde	21	40,645
Baron	12	24,365
Mena	12	24,067
Rodelillo	10	15,821
P.Negras	12	11,566
Esperanza	6	10,910
Placeres	7	9,887
Cordillera	11	9,887
Placilla	16	9,160
Las Cañas	5	9,160
Padre Damian	7	8,600
Reina Isabel	11	9,160
SAPU Placilla	11	0
SAPU Placeres	14	0
SAPU Reina Isabel	12	0
SAPU Quebrada Verde	10	0
Area central salud	14	0
SAPU Dental	4	0
Total general	195	

Fuente: Área Salud CORMUVAL

Respecto de los contratos a honorarios podemos decir que se dan en dos tipos: uno por horas de servicio (extensión horaria, SAPU y reemplazos) y otros que corresponden a convenios y son pactados a un número de prestaciones, por ejemplo programas odontológicos. Del total de los contratos a honorarios el 74% es financiado por convenios y el 26% es financiado vía per cápita.

4.1.2.2. Dotación

La dotación se refiere a una serie de cupos de horas de profesionales, que se deben establecer con el objetivo de cumplir con la canasta de prestaciones básicas de APS, la que se detalla en el Anexo 7. Las entidades administradoras de APS poseen la libertad de establecer los cupos de dotación basada en diversos factores como datos históricos, realidad local etc. En el Área Salud la dotación se determina de acuerdo a un estándar definido por el MINSAL, que se conoce como estándar del Plan de Salud Familiar 2 (PSF2), el cual establece las horas de profesionales que deben ser contratadas en base a 10.000 pacientes inscritos. El cálculo de este estándar se describe el Anexo 7.

Los consultorios cuentan con un equipo de profesionales compuesto por médicos, enfermeras, matronas, nutricionistas, asistente social, odontólogos, químico farmacéutico, psicólogos, nutricionistas y kinesiólogos.

En la tabla 4-7, se muestra la relación entre las horas necesarias establecidas por profesional por el PFS2 y el número de horas con las que se cuentan en la actualidad. Cabe

señalar que el PFS2 es un estándar definido por el MINSAL, lo cual no implica que sea una obligación legal el ajustarse a éste.

Tabla 4-7: Dotación de profesionales 2010 según el estándar PSF2

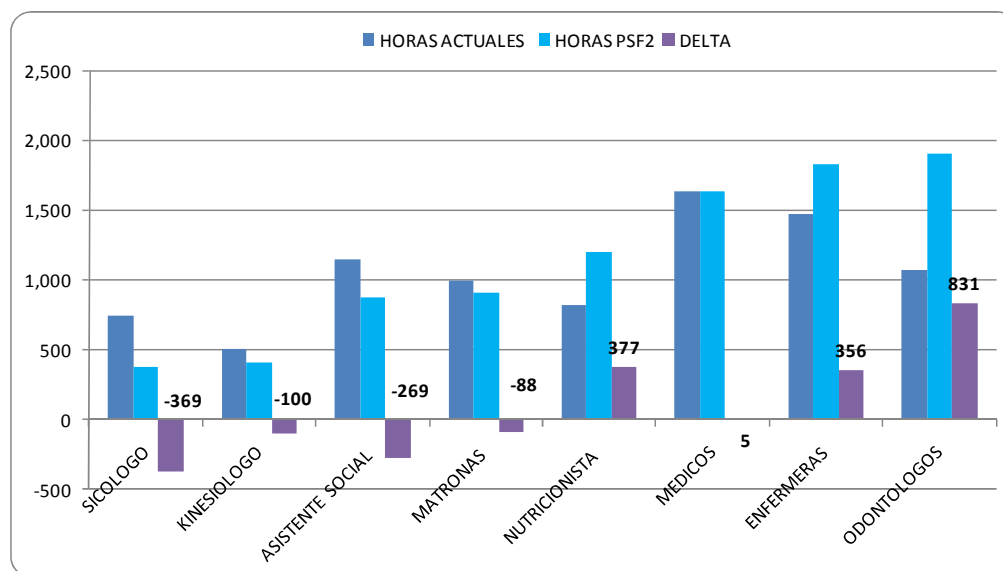
PROFESIONALES	HORAS ACTUALES	HORAS PSF2	DELTA	PROFESIONAL 44HRS
SICOLOGO	742	373	-369	-2
KINESIOLOGO	512	412	-100	-1
ASISTENTE SOCIAL	1,144	875	-269	-2
MATRONAS	992	904	-88	-1
NUTRICIONISTA	826	1,203	377	2
MEDICOS	1,631	1,636	5	0
ENFERMERAS	1,474	1,830	356	2
ODONTOLOGOS	1,076	1,907	831	5
	8,397	9,140	743	

Fuente: Área Salud CORMUVAL

Como se observa en la tabla anterior, de acuerdo a la referencia del Plan de Salud Familiar 2, existen algunos estamentos cuya dotación excede ese estándar, como es el caso de psicólogo, kinesiólogo, asistente social y matronas. Asimismo las enfermeras y odontólogos representan la mayor brecha en el sistema.

En la Ilustración 4-10, se puede observar de manera gráfica la dotación con la cual enfrentó el año 2010 el Área Salud.

Ilustración 4-10: Dotación 2010 área salud



Fuente: Área Salud CORMUVAL

Además, se observa que en el Área Salud los profesionales deficitarios son los odontólogos, enfermeras y nutricionistas, esta carencia radica principalmente en la

migración de estos hacia el sistema privado u otras corporaciones en búsqueda de mejores expectativas laborales ya sean en búsqueda de mejores remuneraciones, infraestructura etc.

Al considerar la información de contratos los médicos no son deficitarios, sin embargo representan una problemática para el Área Salud, debido a que presentan una alta movilidad, ausencias y licencias médicas, que existe en este estamento. Esto ocurre principalmente por que las remuneraciones son mucho menor que en otras corporaciones, además en el Área Salud no se han desarrollados estrategias de incentivo y retención para estos profesionales, cuya labor es una de las más importantes dentro de las prestaciones que entrega la APS.

A continuación, en la tabla 4.8, se detallará el número de horas necesarias para cumplir con el estándar de los diferentes consultorios, cabe mencionar que no se han tomado en cuenta las horas administrativas ya que éstas deben considerarse como referencia, no constituye criterio Normativo.

Tabla 4-8: Número de horas necesarias para cumplir con el estándar por centro de salud

ESTABLECIMIENTO	INSCRITOS	ESTANDAR	HRS MEDICO	HRS ODONTOLOGO	HRS ENFERMERA	HRS NUTRICIONISTA	HRS A. SOCIAL	HRS SICOLOGO	HRS KINESIOLOGO	HRS MATRONA
BARON	24,365	PSF2	182	212	203	100	97	41	46	100
CORDILLERA	9,887	PSF2	74	86	83	41	40	17	19	41
ESPERANZA	10,910	PSF2	82	95	91	45	44	19	21	45
LAS CAÑAS	9,160	PSF2	69	80	77	38	37	16	17	38
MARCELO MENA	24,067	PSF2	179	209	201	99	96	41	45	99
PADRE DAMIAN DE MOLOKAI	8,600	PSF2	64	75	72	36	35	15	16	36
PLACERES	21,515	PSF2	160	187	179	89	86	36	40	89
PLACILLA	13,362	PSF2	100	116	112	55	53	23	25	55
PUERTAS NEGRAS	13,271	PSF2	99	116	111	55	53	23	25	55
QUEBRADA VERDE	40,645	PSF2	303	353	339	167	161	68	76	167
REINA ISABEL II	27,639	PSF2	206	240	230	114	110	47	52	114
RODELILLO	15,821	PSF2	118	138	132	65	63	27	30	65
TOTAL	219,242		1,636	1,907	1,830	904	875	373	412	904

Fuente: Área Salud CORMUVAL

4.1.2.3. Pacientes inscritos

Para poder optar a atención de salud primaria, las personas deben inscribirse en el centro de salud que le corresponda de acuerdo al lugar en donde viven. La inscripción de pacientes es un proceso estratégico ya que por cada paciente inscrito el MINSAL nos otorga el financiamiento per cápita, principal fuente de ingresos del área salud. Para mayor detalle del cálculo del financiamiento per cápita (Ver Anexo 8).

Tabla 4-9: Pacientes inscritos área salud (2005-2010)

Años	Inscritos validados	Nº Contratos	NºHoras	Inscrito/ Horas	Contrato / Horas
2005	200,275	536	18,224	0.09	35.4
2006	201,389	579	20,474	0.1	38.5
2007	205,529	626	24,084	0.12	38.2
2008	209,314	677	25,860	0.12	37.4
2009	214,638	623	24,650	0.11	39.6
2010	219,242	834	32,989	0.15	39.6
Total	616,232	1882	70,418		

Fuente: Área Salud CORMUVAL

En la tabla 4.9, se puede observar que el número de inscritos en los centros de salud ha ido en aumento en el tiempo. En el año 2010 tenemos 219.424 pacientes inscritos y validados por FONASA que corresponden a un 8,6% de aumento respecto del año 2005. El hecho de que el número de pacientes inscritos aumente en el tiempo es un aliciente para el área salud ya que de esta forma no asegura el mantenimiento y/o posterior aumento del financiamiento per cápita de un año a otro.

Tabla 4-10: Población inscrita en los centros de salud v/s población validada por FONASA

ESTABLECIMIENTO	REGISTRO CES	VALIDADOS FONASA
BARON	34,393	24,365
CORDILLERA	12,640	9,887
ESPERANZA	16,120	10,910
LAGUNA VERDE	2,709	1,705
LAS CAÑAS	11,285	9,160
LOS PLACERES	29,380	21,515
MARCELO MENA	32,156	24,067
PADRE DAMIAN	12,019	8,600
PLACILLA	16,864	13,362
PUERTAS NEGRAS	14,533	11,566
QUEBRADA VERDE	54,290	40,645
REINA ISABEL II	35,574	27,639
RODELILLO	20,162	15,821
TOTAL	292,125	219,242

Como se puede apreciar en la tabla 4.10 existe una diferencia de 72.883 pacientes respecto de los inscritos en los centros de salud y los pacientes validados por FONASA, lo que equivale a un 33% de diferencia, la que se debe principalmente a errores en el proceso de inscripción en los centros de salud como por ejemplo dobles inscripciones, pacientes particulares, fallecidos, duplicados (Ver Anexo 9).

4.1.2.4. Cartera de servicios

La cartera de servicios de APS es establecida por la ley 19.813 (Ver Anexo 10). En el decreto per cápita se establece el conjunto de prestaciones, cuya ejecución concede el derecho al aporte estatal per cápita. A continuación se nombran los programas de salud.

- Programa de Salud del Niño
- Programa de Salud del Adolescente
- Programa de la Mujer
- Programa del Adulto
- Programa del Adulto Mayor
- Programa de Salud Oral
- Actividades con garantías Explícitas asociadas a programas

- Actividades Generales asociadas a todos los programas.

Es de gran importancia para el área salud el cumplimiento de estos programas de salud ya que estos son los que le dan sentido a la APS. Por este motivo el cumplimiento de esta canasta de prestaciones es supervisado por el MINSAL a través de Indicadores de Actividad. El no cumplimiento de estos Indicadores significa una rebaja en el aporte per cápita.

Sin embargo, como se puede observar en la siguiente tabla 4. el cumplimiento del Área Salud en el año 2010 es de un 100%, lo cual nos asegura el financiamiento per cápita sin rebaja para el año 2011.

Tabla 4-11: Metas IAAPS

ESTABLECIMIENTO	MARZO (1ºCORTE)	JUNIO(2ºCORTE)	AGOSTO (3ºCORTE)
QUEBRADA VERDE	96,4	95,1	96,4
REINA ISABEL	94,3	96	96,3
BARON	93,9	96,7	99,1
MENA	99	94,2	97,2
PLACERES	87,7	94,7	96,5
RODELILLO	100	97,9	99
PUERTAS NEGRAS	86,9	87,3	89
ESPERANZA	95,5	96,8	97,2
PLACILLA	93,4	98,1	98,9
CORDILLERA	98,7	98,1	100
PADRE DAMIAN	99,6	99,2	100
LAS CAÑAS	95,3	98,7	98,9
TOTAL	100	100	99,8

Como se observa en la tabla 4.11 el cumplimiento de las metas establecidas para el IAAPS para los tres cortes como comuna ha superado el 95%, lo que ha determinado el aseguramiento del total de la transferencia per cápita para el período. Los indicadores IAAPS se detallan en Anexo 11.

Tabla 4-12: Cumplimiento metas Ley 19.813

Establecimiento	Cumplimiento 2009		
	Marzo	Junio	Septiembre
Quebrada Verde	86.8	86.6	97.4
Reina Isabel	87.3	86.5	96.8
Barón	90.8	88.4	99.8
Mena	84.2	85.7	96.8
Placeres	88.1	91.7	99.7
Rodelillo	86.7	88.1	95.7
Puertas Negras	87.3	87.3	96.9
Esperanza	89.2	93.5	99.4
Placilla	89.1	86.6	96.7
Cordillera	90.8	93.6	99.3
Padre Damián	87.7	86.4	95.6
Las Cañas	89.9	88.7	98.8
TOTAL	97.9	87.6	98.9

Fuente: Área Salud CORMUVAL

La tasa de cumplimiento a septiembre es satisfactoria (98.9) De acuerdo a la planificación realizada, se espera que todos los consultorios cumplan al 31 de diciembre las metas necesarias para obtener el 100% de la asignación por desempeño colectivo. El detalle de los Indicadores de la ley 19.813 se describe en el Anexo 12.

Tabla 4-13: Indicadores de la Ley 19.813

COBERTURA	META %	META	Pob. Bajo control	Cumplimiento
PAP vigente	68%	57.216	34547	60,38%
Cobertura Aplicación Escala Desarrollo Psicomotor	90%	2241	1883	84,02
Compensación DM	35%	3103	3462	39,4
Compensación HTA	51%	13193	14795	57,19
Prevalencia Malnutrición niños menor de 6 años	menos 10%	1387	1306	9,42

Fuente: Área Salud CORMUVAL

También forman parte de la cartera de servicios de APS, los programas de reforzamiento de APS (PRAPS), estos son gestionados a través de convenios con el SSVSA anualmente y su ejecución es controlada a través de una serie de indicadores asociados. Dentro de los PRAPS existen prestaciones con renovación automática anualmente y otros que se gestionan de acuerdo a las necesidades de salud del año en cuestión.

Los PRAPS con renovación automática se mencionan a continuación:

- Reforzamiento Odontológico
- Salas ERA
- Rehabilitación Integral
- Chile crece contigo
- Resolución de Especialidades
- Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
- Servicios de Urgencia de APS
- Cirugía Menor
- Estipendio Postrados
- Laboratorio Básico
- Radiografía de Tórax

Es importante señalar que la existencia de estos PRAPS contribuye a mejorar la cobertura de APS y mejorar la resolutividad de la cartera de servicios.

4.1.2.5. Cadena de valor del área salud

Los procesos que se definen a continuación guardan relación con la importancia que tienen dentro del sistema analizado y por ello se consideran críticos para la viabilidad de la organización. Debido a esto se analizarán por una parte aquellos que se relacionan con los ingresos que recibe el área salud y también con los generadores de gasto. De esta forma se intenta mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

A continuación en la figura se presenta la cadena de valor del área salud en donde se identifican los procesos principales y de apoyo.

Ilustración 4-11: Cadena de valor del área salud



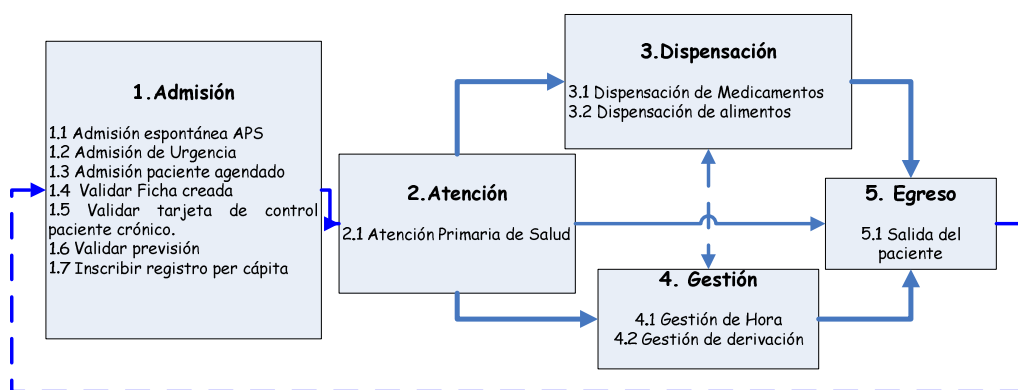
Fuente: Elaboración propia

En la Ilustración 4-11, se observan verticalmente los procesos principales del área salud, que son aquellos que tiene que ver con el flujo del paciente y que son realizados principalmente en los centros de salud de APS, a su vez los procesos representados en forma horizontal corresponden a los procesos de apoyo los cuales son ejecutados en el área central salud.

➤ Procesos Principales

Para el análisis de los procesos principales se utiliza un modelo que refleja e ilustra el flujo del paciente por lo establecimientos de APS y que se representa en la siguiente figura.

Ilustración 4-12: Procesos principales del área salud



Fuente: Modelo MINSAL

En la Ilustración 4.12 se grafica el nivel de incidencia de cada proceso en el flujo del paciente, debido al nivel de detalle estos procesos se describen detalladamente en el Anexo 13. Luego de haber analizado los procesos y realizado entrevistas a los distintos actores del sistema bajo estudio se pueden señalar los siguientes problemas:

- Cada consultorio maneja su propia información, generalmente en forma manual. Por ello, no existe la posibilidad de compartirla o generar reportes en forma instantánea, lo que se explica por el hecho de que no existe un soporte informático que lo permita.
- Debido a la falta de un adecuado sistema de información, se ha podido notar que existen inconsistencias en algunos datos registrados por distintos actores del sistema, lo que implica que la información histórica que existe no es 100% confiable.
- No existe un registro computacional de la información referente a la ficha clínica del paciente, lo que permitiría que el profesional dispusiera de un perfil de cada persona oportunamente que le facilitara el diagnóstico y tratamiento. Además, si

una persona se cambia de consultorio, el profesional no puede atenderla hasta que se reciba su ficha clínica, proceso que puede tardar hasta un mes si el paciente proviene de otra región, y cerca de una semana si proviene de otro consultorio de Valparaíso. Por otra parte, mucha de la información contenida en la ficha resulta prácticamente ilegible y se torna complicado decidir en base a ésta.

- Como consecuencia de lo anterior, el médico no puede saber oportunamente qué medicamentos le han sido recetados a un paciente atendido en otro consultorio, por ello podría volver a recetar el mismo medicamento nuevamente. Esto produce mayores costos de farmacia dado que no existe un claro control respecto a la emisión de recetas.
- Cuando se entrega un fármaco, se debería consultar si el RUT de la persona tiene medicamentos similares o iguales recetados por otro profesional, lo que impediría que se entregaran más medicamentos que lo estrictamente necesario. Además, cada vez que se entregara un fármaco debería quedar asociado el código del medicamento, cantidad y Rut del médico que lo recetó el Rut de la persona.
- Pudiese existir número de recetas de pasillo, en las cuales se puede recetar medicamentos a personas que no están inscritas en el SPC. Por esta razón, la entrega de recetas debiera estar supeditada a que el paciente esté inscrito en el sistema y que tenga una consulta agendada. De acuerdo a estimaciones de algunos entendidos en el tema, el costo en recetas de pasillo podría fluctuar entre un 10% y un 20% del costo total en farmacia en algunos consultorios.
- Debido que cada vez que se realiza una atención se debe registrar en la ficha clínica, ésta debe ser entregada por el SOME al profesional que la requiera. Este movimiento físico de la ficha puede ocasionar extravíos, que en el caso de un consultorio como Quebrada Verde es bastante habitual, dado el gran número de fichas que se deben entregar diariamente (cerca de 500) y la abultada cifra de carpetas familiares en que están archivadas. Esta situación es totalmente distinta en un Consultorio de tamaño pequeño como Puertas Negras, en donde es difícil que se produzcan extravíos, lo que se explica por el número menor de atenciones y porque existe un sistema de archivo muy eficiente, que permite archivar y ubicar fácilmente las fichas, pero que sería difícil de aplicar en consultorios grandes. Por esta razón, se podría replicar el proceso SOME de Puertas Negras, en los consultorios pequeños lo que sería una manera económica y sencilla de iniciar un mejoramiento en el registro de la información.
- Cuando el número de atenciones diarias que presenta un consultorio es mayor que el personal disponible, se hace complicado completar los documentos de registro de información, los cuales son requeridos posteriormente para realizar las prestaciones.
- Con respecto a la entrega de horas por línea 800, se puede señalar que en los tres consultorios visitados se señaló que existe un problema de colapso de la línea,

especialmente al comienzo del día, donde se concentra la mayor cantidad de solicitudes de hora. Por esta razón, a juicio de los conocedores del sistema, la línea 800 ha perdido credibilidad por parte de la población y ha comenzado a ser reemplazada por la solicitud de hora por ventanilla, que en el caso de Quebrada Verde corresponde a cerca del 70 % del total de horas solicitadas. Esto se debe principalmente a un mal dimensionamiento de la planta telefónica, dado que con una línea y operador que asigna horas, es muy difícil satisfacer todos los requerimientos, especialmente en el caso de consultorios grandes, ya que hoy en día, tanto en los consultorios pequeños como en los grandes se cuenta con el mismo personal para esta labor.

- Se requiere contar con un sistema de información computacional, sin embargo, antes de implementar cualquier solución tecnológica, se requiere modernizar las instalaciones eléctricas y los equipos existentes, para que funcionen adecuadamente.
- A esto se agrega la capacitación del personal existente y un cambio de “cultura organizacional” que permita el éxito de la implantación de un sistema informático.
- No existe software de gestión de inventario en cada consultorio y peor aún, en la mayoría de los consultorios no se dispone de computadores para apoyar la labor de las auxiliares de farmacia, por lo que se trabaja en forma manual. Además, la información se maneja en forma desfasada y sólo se sabe a final de mes el nivel de inventario en cada BFP, por lo que no existe la posibilidad de reaccionar oportunamente a los cambios repentinos en la demanda, que pueden generar quiebres de inventario y que se traducen en la no entrega de medicamentos a las personas enfermas.
- No existe un sistema que permita recaudar fondos producto de atenciones realizadas a personas que no son beneficiarios del sistema de atención público.
- Cuando se requiere información en el Área central de Salud, la única manera de pedirla a los consultorios es vía memo, ya que, no existe una base de datos compartida ni una conexión inmediata con los consultorios en línea. Además, se debe seguir un conducto regular: se debe enviar un memo al director del consultorio solicitando la información, éste se la solicita a la jefa SOME quien tiene personal a cargo para elaborar los informes, luego de elaborar los informes, en el mejor de los casos se reciben vía e-mail, pero en otros se mandan por mano, lo que ocasiona demoras en la entrega.
- En necesario realizar un estudio profundo respecto a la necesidad de aumentar la dotación de ciertos profesionales y re-ubicar aquellos que sean menos requeridos, lo que permitiría balancear la demanda de horas hombre con la disponibilidad de este recurso.

➤ Procesos de Apoyo

A continuación se hará un análisis de los procesos de apoyo a los procesos de soporte del flujo del paciente que representan a los procesos principales. Es importante destacar que el nivel de detalle de los procesos de apoyo se realizará a nivel de subprocesos (Ver Anexo 14) y se definen a continuación:

En las siguientes tablas se describen los procesos de apoyo con todos sus subprocesos

Tabla 4-14: Proceso de apoyo proveer acceso a la atención

Nombre	Descripción
Proceso	
1. Proveer Acceso a la atención	Facilitar el ingreso del paciente para recibir atención y asegurar que esta sea apropiada en términos de tipo de atención e intensidad
Subproceso	
1.1 Evaluar y Planificar la Atención	Determinar la necesidad de servicio y direccionar al paciente al nivel de atención adecuado
1.2 Servicios de Apoyo al Paciente	Orientar al paciente sobre sus beneficios y la disponibilidad de servicios
1.3 Servicios de Apoyo a la Comunidad	Proveer servicios de educación y consejos de salud a pacientes y comunidades

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 4-14 se describe el proceso de apoyo proveer acceso a la atención y sus subprocesos, con el fin de explicar detalladamente la problemática, se analizará cada subproceso:

- La evaluación y planificación de las prestaciones de salud planifican localmente en los centros de salud y dependen del criterio de cada director. Lo cual provoca un desorden y falta de linealidad a la hora de querer controlar el funcionamiento de cada centro, ya que en cada centro de salud se toman en cuenta criterios diferentes, lo cual provoca un desorden en la información, imposibilidad de controlar por parte del área central salud. El área central salud se debería encargar de direccionar a los directores de los centros de salud, estableciendo un procedimiento estándar para planificar y programar prestaciones, lo que facilitaría sin duda el control.
- Respecto de los servicios de apoyo al paciente, podemos decir que nos son bien gestionados en el Área Salud, no se da a conocer de forma clara la cartera de servicios a nuestros pacientes beneficiarios y sobre la disponibilidad de servicios, existe una deficiente gestión de horas disponibles por lo que el paciente muchas veces debe esperar largo tiempo para ser atendido. El área central salud debería preocuparse de fortalecer la promoción de salud en lo que concierne a dar a conocer a la comunidad los servicios disponibles en APS, además de entregar los

lineamientos a los centros de salud respecto de cómo realizar gestión de horas disponibles de la manera más eficiente.

- Actualmente los servicios de apoyo a la comunidad se gestionan a través de la unidad de promoción y participación social, sin embargo esta unidad necesita más apoyo de las otras unidades del área salud y de un contacto directo con el área de educación de la CORMUVAL, el cual actualmente no existe.

Tabla 4-15: Proceso de apoyo prestaciones de servicios de salud primaria

Nombre	Descripción
Proceso	
2. Prestar servicios de Salud	Cambia el foco de los cuidados curativos a los cuidados preventivos. Distribuir materiales educativos a través de múltiples canales. Relacionar contacto de salud a problemas de salud. Facilitar la información a todos los miembros del equipo de salud. Apoyar la investigación clínica.
Subproceso	
2.1 Gestionar Información y Documentación Clínica	Definir un proceso de documentación clínica que apoye la prestación de los servicios de salud.
2.2 Coordinar e Integrar Servicios de Salud	Optimizar la utilización de servicios para alcanzar los resultados deseados de salud y promover el bienestar.
2.3 Coordinar Investigación Clínica	Investigar las causas, progresión, prevención, control y cura de enfermedades. Planificar y administrar. Cumplir con regulaciones para la investigación.

En la tabla 4-15, se describe el proceso de apoyo prestaciones de servicios de salud primaria y sus sub procesos, con el fin de explicar detalladamente la problemática, se analizará cada sub proceso:

- La gestión de información y documentación clínica en el área salud se realiza de dos maneras, hay 4 centros de salud en el cual se está implementando una ficha clínica electrónica, con la cual no se ha tenido buenos resultados, los problemas radican principalmente en el diseño del sistema, lo que provoca que paralelamente a la ficha electrónica se realice todo el procedimiento con la ficha de papel. Esto trae como consecuencia, pérdida de fichas, imposibilidad de actualizar la información del paciente o de la familia y demora al atender al paciente.
- La coordinación e integración de los servicios de salud que forman parte de la red de salud, no se realiza satisfactoriamente. Nuevamente los centros de salud tienen autonomía respecto de los criterios que utilizan para derivar a un paciente hacia otro nivel. Lo cual provoca un desorden y falta de linealidad en el actuar de los centros

de salud. En el área central salud se deberían establecer los procedimientos y lineamientos que deben utilizar para derivar a un paciente hacia otro nivel de la red de salud.

Tabla 4-16: Proceso de apoyo gestionar la salud de la población

Nombre	Descripción
Proceso	
3. Planificar y gestionar el negocio	Gestionar la infraestructura física y administrativa que incluye servicios financieros, soporte operacional, recursos humano, contratos, gestión de arteriales y otros servicios administrativos.
Subproceso	
3.1 Realizar logística	Gestionar abastecimiento, equipamiento, servicios, tecnología y facilidades desde la identificación de requerimientos, a través de la adquisición, uso y disposición final. Proveer datos de activos de equipamiento en forma oportuna, esencial y exacta para mantener registros de cuentas de depreciación.
3.2 Gestionar finanzas	Controlar activos y obligaciones financieras y requerimientos de reportes financieros.
3.3 Gestionar Recursos Humanos	Reclutar, contratar y entrenar personal de salud, ya sean perfiles clínicos u operacionales. Gestionar actividades de mantención y pago de remuneraciones, mantener relaciones con los empleados y cumplir con las regulaciones laborales. Gestionar el aprendizaje. Establecer y gestionar programas de incentivo con rangos, desarrollar métricas e integrar dentro de los registros de compensación
3.4 Planificar y mejorar el servicio	Evaluar efectividad del acceso a la salud primaria , asegurar calidad de los servicios de salud, realizar gestión medica, revisar y mejorar la gestión del negocio , conducir a una visión integrada.
3.5 Apoyar contratación y habilitación de servicios	Gestionar y administrar términos y condiciones de los contratos, hacer seguimientos de rentabilidad y modelar gastos de contratos.
3.6 Gestionar TI	Proveer hosting, soporte técnico, gestión de red, seguridad, gestión del ciclo de vida, mensajería y colaboración y gestión de proveedores para la infraestructura tecnológica incluyendo servicios de red, data center, servicios de mesa de ayuda y gestión de equipos y movilidad

En la tabla 4.16 se describe el proceso de apoyo gestionar la salud de la población y sus sub procesos, con el fin de explicar detalladamente la problemática, se analizará cada sub proceso:

- La logística del área salud es deficiente, no cuenta con inventarios actualizados, el abastecimiento se hace a través de requerimientos y no se lleva control. Un centro de salud podría solicitar en más de una oportunidad un equipo y no se cuenta con un sistema que permita identificar esta situación. Además no se lleva un control de cuentas de depreciación.
- En el área salud la gestión de finanzas depende de la información que envíe la administración central, ya que no se cuenta con acceso al sistema financiero. Los reportes de estados de resultados se obtienen desfasados y no es posible contar con estos en línea y de forma automática. Se debe enviar un requerimiento de los informes financieros los cuales se envían vía mail en planilla Excel 2 días después de solicitado.
- La gestión de RRHH en el área salud es desarrollada por el subdirector de área , el cual tiene como función recibir los currículos de las personas y de acuerdo a las solicitudes de los directores de los centros de salud gestionar los contratos con el departamento de personal de la CORMUVAL, es decir el área salud no tiene autonomía en el proceso de contratos , lo cual provoca desorden en la información , no es posible contar con reportes diferenciados de recurso humano que trabaja por dotación o por convenios y peor aún los contratos no son renovados , lo que provoca específicamente en el caso de los contratos a plazo fijo, que una vez terminado su periodo , no se pueda prescindir del funcionario debido a que no se controla su fecha de término de contrato. Tampoco existe un sistema de reclutamiento y selección, muchas veces se contrata a personal poco apto, lo cual provoca reclamos por parte de nuestros usuarios. Como no hay control no se cumple con las legislaciones laborales, en este momento en el área salud existe cerca de un 40% de personal a contrata y la ley solo acepta que sea un 20%. En el caso de los bonos de incentivo de los profesionales deficitarios, no es posible controlar la entrega de esta bonificación ya que en el departamento de personal no se controla el número de licencias médicas, las cuales son requisito fundamental para recibir este bono. Respecto de las remuneraciones, el ítem de asignación de terreno se cancela mensualmente, sin controlar si los funcionarios realizan estas actividades, lo cual no contribuye al déficit de recursos existentes en la CORMUVAL. En el área central salud se debería manejar la gestión de RRHH de manera paralela a la administración central, controlar el pago de remuneraciones y mantener base de datos actualizada con la información de RRHH por dotación y convenios, honorarios diferenciados por programas, y también implementar unidad de reclutamiento y selección, para asegurar la contratación de personal idóneo, también controlar el número de licencias médicas para controlar la entrega de bonos de incentivos, al igual que verificar si se cumplen las visitas a terreno para entregar la asignación correspondiente.

- La planificación y mejora de los servicios está a cargo de la jefatura técnica del área salud, actualmente no existe eficiente planificación de las actividades de la cartera de servicios del área salud, ya que se les da autonomía a los directores de los centros de salud. Esta planificación debería hacerse en forma centralizada en el área central salud, de tal modo que fuera un procedimiento estandarizado para todos los centros, lo cual favorecería el control y eficiencia del proceso. Respecto de la mejora del servicio, no se trabaja en pos de ella, no existe una visión integrada ni en la dirección del área ni en los directores de los centros de salud, lo cual no permite evaluar el acceso al servicio de atención primaria, ni asegurar la entrega de un servicio de calidad.
- La contratación y habilitación de servicios está a cargo del subdirector del área, apoyado por el jefe administrativo, respecto de este subproceso se puede decir que no se estudian diversas alternativas, generalmente se opta por lo menos costoso, que no necesariamente es de mejor calidad, no existe poder de decisión del jefe administrativo, la decisión siempre debe ser apoyada por la dirección y gerencia, los cuales no cuentan con la experiencia técnica para este tipo de decisiones. En el área salud se le debería dar más autonomía a la hora de contratar y/o habilitar servicios al jefe administrativo que es la persona que conoce el funcionamiento técnico del área salud.
- En el área salud no existe gestión de tecnologías de información, en la administración central de la CORMUVAL, existe un departamento de informática, el cual se limita a reparación de PC y entregar reportes solicitados con 2 días de demora y mantienen un sistema obsoleto y poco flexible que no aporta al proceso de toma de decisiones del área salud. El área salud debería contar con una unidad de gestión de sistemas de información que trabajara en la flexibilización de los sistemas actuales o posible desarrollo propio que se ajustara a las necesidades de información del área salud.

Tabla 4-17: Proceso gestionar la salud de la población

Nombre	Descripción
Proceso	
4. Gestionar la salud de la población	Optimizar, planificar y gestionar la salud de todos los ciudadanos.
Subproceso	
4.1 Definir y evaluar a la población	Definir y evaluar la población beneficiaria, diseñar ciertos criterios de riesgo y revisión de salud para obtener información desde y acerca de la población identificada, respecto de los riesgos ambientales, ciertos estados de enfermedad, condiciones, actividades y conductas que pueden influenciar los estados de salud. Completar un perfil de riesgo de salud y realizar un análisis de riesgo de costos para apuntar una población definida.
4.2 Desarrollar prácticas de gestión	Continuamente desarrollar estrategias, modelos, programas y procesos para apoyar la gestión de la salud de la población basada en el análisis de los datos e investigación de la salud de la población.
4.3 Implementar herramientas / Gestionar procesos	Proactivamente maximizar el estado de la salud y/o minimizar el riesgo de enfermedades para pacientes y poblaciones beneficiarias.
4.4 Evaluar la salud de la población	Conducir un proceso de evaluación formativo y comparativo para el desarrollo e implementación de un sistema de gestión de salud de la población basada en evidencia.
4.5 Implementar programas de salud de la población	4.5.1 Tratar y educar a la población objetivo 4.5.2 Asegurar calidad y seguridad 4.5.3 Entregar mejor experiencia a los pacientes. 4.5.4 Planificar contra emergencias 4.5.5. Gestionar la transición de la enfermedad al estado de bienestar.
4.6 Integrar programas de salud de la población con entidades públicas	Facilitar una mayor coordinación en la prestación de servicios sociales y de salud para poblaciones locales. Alinear estrategias, prioridades, objetivos y focos más cercanamente a través de otras entidades de gobierno compartidos para maximizar consistencia y asegurar la prestación efectiva de la salud.

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4-17, se describe el proceso de gestión de la salud de la población y sus sub procesos, con el fin de explicar detalladamente la problemática, se analizará cada sub proceso:

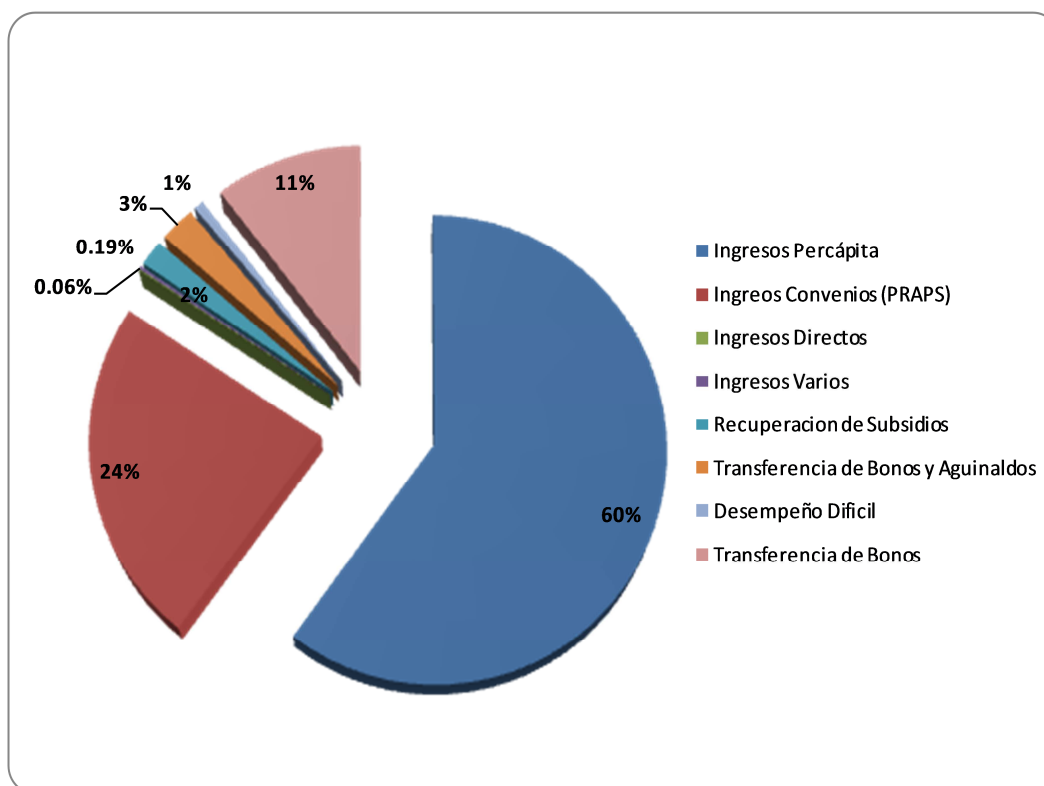
- En el área salud actualmente se define a la población solamente con el criterio de que debe ser beneficiario de FONASA, pero no se evalúa a la población beneficiaria, por lo que se hace indispensable diseñar ciertos criterios de riesgo y revisión de salud por parte de la jefatura técnica, con el objetivo de obtener información desde y acerca de la población identificada, respecto de los riesgos ambientales, ciertos estados de enfermedad, condiciones, actividades y conductas que pueden influenciar los estados de salud. Completar un perfil de riesgo de salud y realizar un análisis de riesgo de costos para apuntar una población definida. Tampoco se desarrollan prácticas de gestión, por lo que no se cuenta con el desarrollo de estrategias, modelos, programas y procesos para apoyar la gestión de la salud de la población basada en el análisis de los datos e investigación de la salud de la población.
- Las prestaciones de la cartera de servicios del área salud no se gestionan como procesos, no se encuentran documentados ni estandarizados, lo cual no permite maximizar el estado de la salud y/o minimizar el riesgo de enfermedades para pacientes y poblaciones beneficiarias. Es de suma importancia implementar eficientemente este subproceso en el área salud.
- En el área salud se implementan los programas de salud que establece el MINSAL a través del SSVSA, se educa a la población a través de los programas de promoción y participación social, sin embargo estos programas no causan el impacto esperado por la falta de compromiso de los directores de los centros de salud, los cuales entienden estas actividades tan solo como un actividad más, no planifican contra emergencia y no le dan la importancia ni la relevancia que estas tienen en la calidad del servicio. Una vez más esto ocurre por la falta de lineamientos y procedimientos desde el área central salud hacia los centros de salud.
- Este subproceso se realiza, pero no de forma estandarizada ni existe un lineamiento claro desde el área central salud hacia los centros de salud. Por lo que cada centro trabaja de forma independiente y subjetiva, lo cual no facilita una mayor coordinación en la prestación de servicios sociales y de salud para poblaciones locales. Impide la alineación estrategias.

4.1.2.6. Fuentes de ingreso y gasto

➤ Ingresos

Desde el punto de vista de las fuentes de financiamiento, los recursos totales otorgados a los centros de salud de atención primaria se representan de manera grafica en la Ilustración 4-13 y se detallan en el Anexo 15.

Ilustración 4-13: Ingresos del Área Salud



Fuente: Elaboración Propia

En la Ilustración 4.14, se puede observar que el 60% de los ingresos del Área Salud corresponden al aporte per cápita, el monto de este aporte se compone de un valor homogéneo determinado por el MINSAL, el cual se multiplica por cada paciente inscrito en los centros de salud. Para asegurar este financiamiento es importante conocer el cumplimiento de las prestaciones de la canasta básica de APS efectivamente realizadas, las cuales son monitoreadas por la implementación de un Índice de Actividad de APS (IAAPS), el que cuenta con los correspondientes indicadores de cumplimiento y sistemas de evolución. Al respecto si no se cumple con el IAAPS, este aporte podría ser rebajado, sin embargo, esto nunca ha sucedido en el Área Salud.

La segunda fuente de financiamiento más importante corresponde a los programas de reforzamiento de APS, que representan el 24% del ingreso total. Estos PRAPS se gestionan a través de convenios hechos con el SSVSA y tiene vigencia anual, la mayoría se renueva automáticamente para el año siguiente siempre y cuando se hayan cumplido las metas asociadas y se hayan utilizado eficientemente los recursos. Al respecto es importante señalar que en el Área Salud estos recursos no son bien gestionados, teniendo que año a año pedir prorrogas de tiempo al SSVSA, para poder gastar la totalidad de los recursos y así evitar tener que devolverlos. Esta mala gestión podría provocar que al año siguiente el financiamiento de los PRAPS disminuyera.

La tercera fuente de financiamiento que representa el 11% corresponde a ingresos de bonos para los funcionarios y que son el desempeño colectivo asociado al cumplimiento de metas IAAPS y la asignación de mérito que se obtiene de acuerdo a las calificaciones de los funcionarios..

La cuarta fuente de financiamiento más significativa, corresponde a las transferencias de bonos y aguinaldos, que representan el 3% y corresponde a los aguinaldos entregados a los funcionarios los meses de septiembre y diciembre y bonos de términos de conflicto.

El mayor problema respecto de los ingresos del área salud, es que son recibidos por la CORMUVAL, en una cuenta común, lo que trae como consecuencia los siguientes problemas:

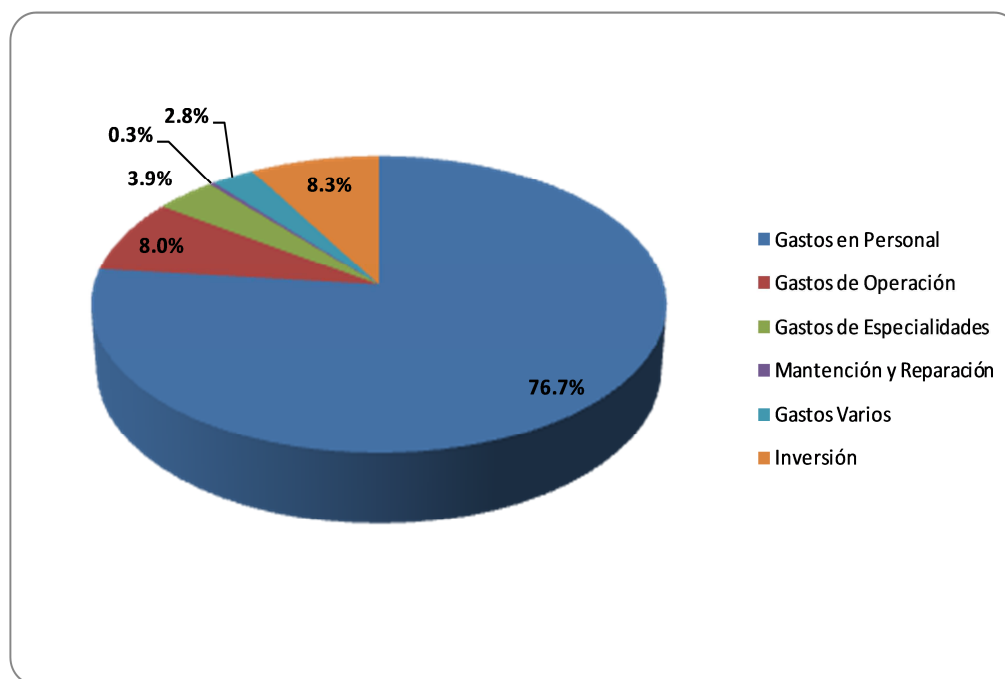
- Generación de un desorden contable, ya que se mezclan recursos de todas las áreas de la CORMUVAL, lo cual imposibilita realizar un control de ingresos efectivo.
- No se imputan en las cuentas correspondientes los ingresos, lo cual dificulta la diferenciación a la hora de querer realizar control.
- Se utilizan recursos de salud para la operación de otras áreas más deficitarias del la CORMUVAL, si bien es cierto se reponen en el tiempo, ocurre a menudo que se solicitan órdenes de compra o dinero para ejecutar alguna actividad y la respuesta es que no hay dinero, lo cual interfiere sobre todo la gestión de convenios (PRAPS).

Otro problema que se observa es que el área salud no cuenta con financiamiento municipal y tampoco aprovecha las fuentes de financiamiento concursales como los FNDR.

➤ Gastos

Para desarrollar este tema se analizaron los datos del estado de resultados del área salud a diciembre del 2010, el detalle de estos gastos se muestra en el Anexo 16.

Ilustración 4-14: Distribución de gastos Área Salud 2010

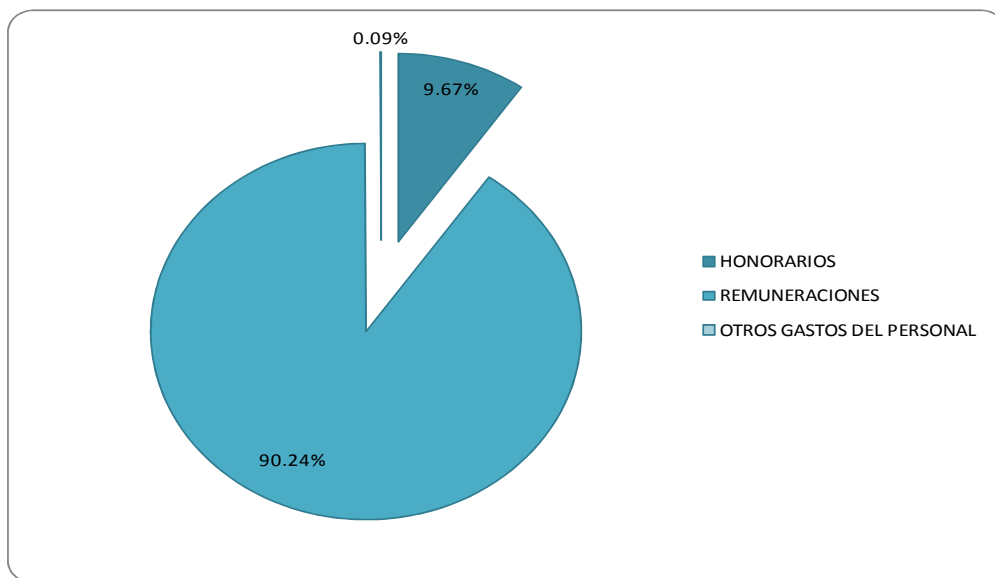


Fuente: Área Salud CORMUVAL

Con el fin de explicar detalladamente cada uno de los componentes del gasto total, se presenta en las siguientes secciones el análisis de los gastos más importantes y su desglose.

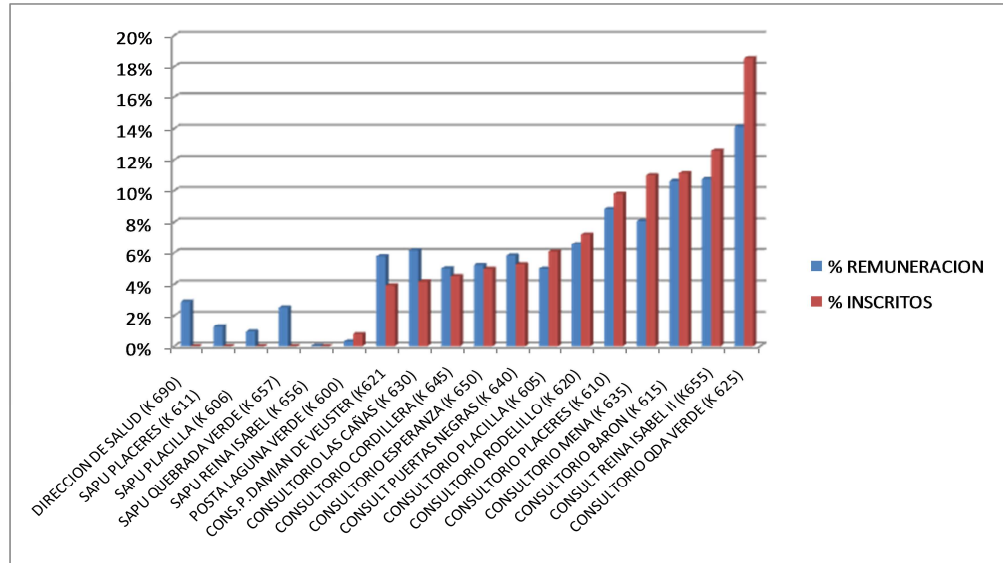
- **Gastos del personal**

Ilustración 4-15: Distribución de los gastos en personal área salud 2010



En la Ilustración 4.15, se presenta el desglose de los gastos del personal, que representan un 76,7% del gasto total del área salud. El ítem más significativo del gasto en personal representa un 90,24% y corresponde a un monto anual de \$5.817.294.942 en remuneraciones de los funcionarios. En el anexo 16 se detalla cada uno de los componentes del gasto en personal, con el fin de conocer cuáles son los elementos que lo componen.

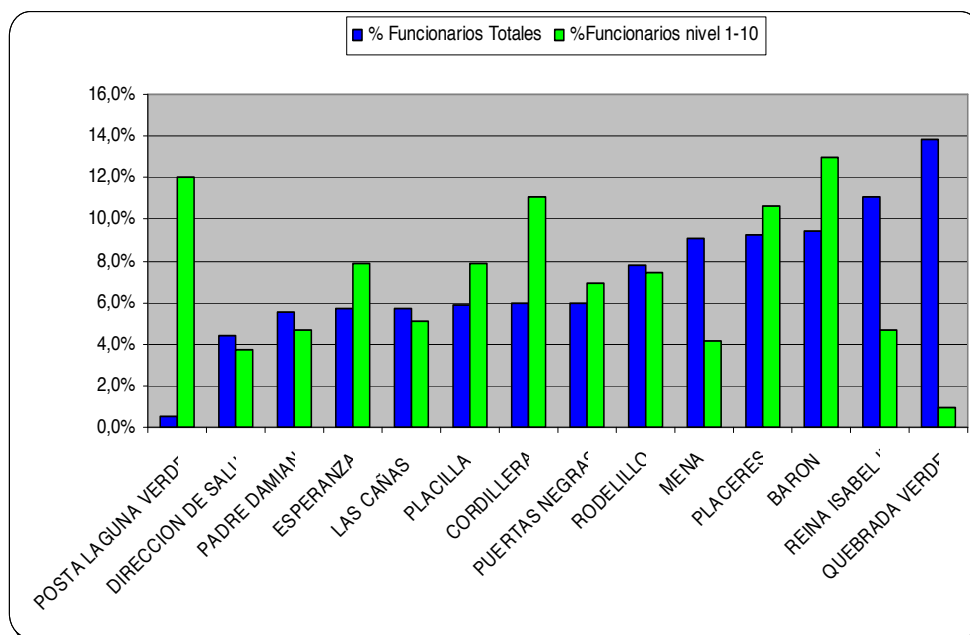
Ilustración 4-16: Gasto en remuneraciones comparado con pacientes inscritos en los centros de salud.



Fuente: Área Salud CORMUVAL

En la Ilustración 4-16, se puede apreciar que los consultorios más grandes como Quebrada Verde y Reina Isabel, el porcentaje de inscritos no guarda relación con el gasto en remuneraciones, lo que se puede explicar de acuerdo a lo representado en la Ilustración 4-17 en donde se aprecia que estos 2 centros de salud poseen mayor cantidad de funcionarios con nivel 10-15, lo que se traduce en un menor gasto de remuneraciones, respecto de los centros de salud más antiguos. Por el contrario, los centros de salud de Esperanza, Cordillera y Puertas Negras el porcentaje de remuneraciones sobrepasa el porcentaje de inscritos, pero estos son centros de salud con mayor cantidad de funcionarios antiguos, lo que explica la existencia de la brecha.

Finalmente están los centros de salud de Padre Damián y Las Cañas, los cuales poseen similar número de pacientes inscritos y una significativa brecha respecto del gasto en remuneraciones, si bien es cierto poseen en promedio un 70% de funcionarios nivel 1-10, merecen ser analizados detalladamente para descartar sobre dotación.

Ilustración 4-17: Centros de salud con funcionarios nivel 1-10

Fuente: Área salud CORMUVAL

- **Gastos de operación**

Debido a que este es el segundo elemento más importante del gasto en el Área Salud, se procederá a analizarlo en detalle. Para comenzar, en el Anexo 16 se presenta cada ítem de gasto y el porcentaje con respecto al total del gasto de operación.

De la tabla del anexo se puede apreciar claramente que farmacia fue el gasto de operación más importante en 2010, ascendiendo a \$ 496.115.745, lo que representa el 74% del gasto de operación. Lo sigue servicios básicos con un 26% y un valor de \$ 178.841.541. Por esta razón, se analizarán estos ítems de gasto en las secciones siguientes.

- **Gastos en Farmacia**

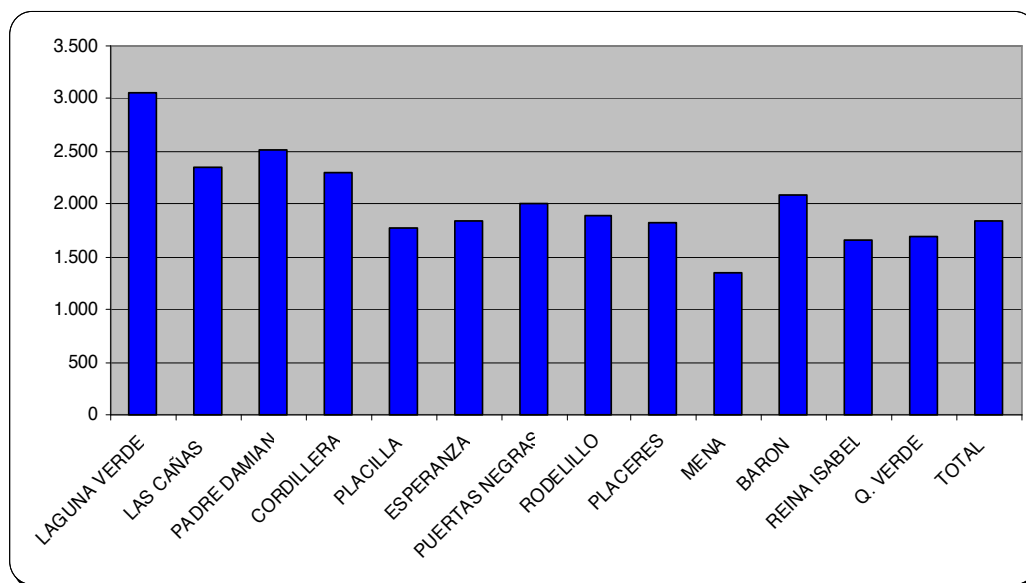
Tabla 4-18: Consumo valorado anual de bodega de farmacia por grupo de artículos.

ITEM FARMACIA	GASTO ANUAL	GASTO PROMEDIO MENSUAL
ANTIBIOTICOS	\$ 46.638.759	\$ 3.886.563
FARMACOS EN GENERAL	\$ 220.790.647	\$ 18.399.221
PREPARADOS GALENICOS	\$ 9.693.884	\$ 807.824
FARMACOS CONTROLADOS	\$ 2.460.316	\$ 205.026
BOLSAS PLASTICAS	\$ 4.908.731	\$ 409.061
INSUMOS E INSTRUMENTAL DENTAL	\$ 42.728.415	\$ 3.560.701
INSUMOS CLINICAS ENF ERMERIA Y MATERNAL	\$ 68.983.315	\$ 5.748.610
TOTAL	\$ 396.204.067	\$ 33.017.006

Fuente: Área salud CORMUVAL

En la tabla 4-18, se presenta una comparación por consultorio con respecto al consumo anual valorado que cada uno de ellos realizó en fármacos e insumos dentales, de enfermería y maternales. Esta tabla da origen al gráfico que se muestra a continuación.

Ilustración 4-18: Consumo valorado de fármacos e insumos por centro de salud 2010.



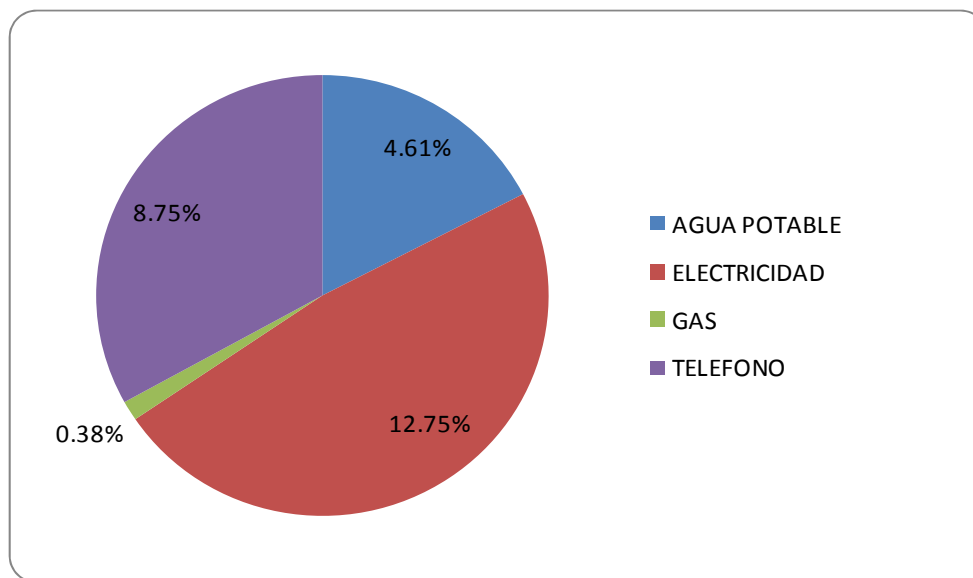
Fuente: Área salud CORMUVAL

En la Ilustración 4-18, debido a que en el eje x los consultorios se encuentran agrupados en orden creciente de izquierda a derecha, se puede concluir que los consultorios pequeños tienen un mayor consumo per cápita de insumos y fármacos en relación a los consultorios grandes. Además, el consultorio de Barón, con 24.365 inscritos, tiene un gasto bastante mayor que Reina Isabel, de 27.639 inscritos, a pesar de que sus tamaños son prácticamente iguales.

- **Gastos en servicios básicos**

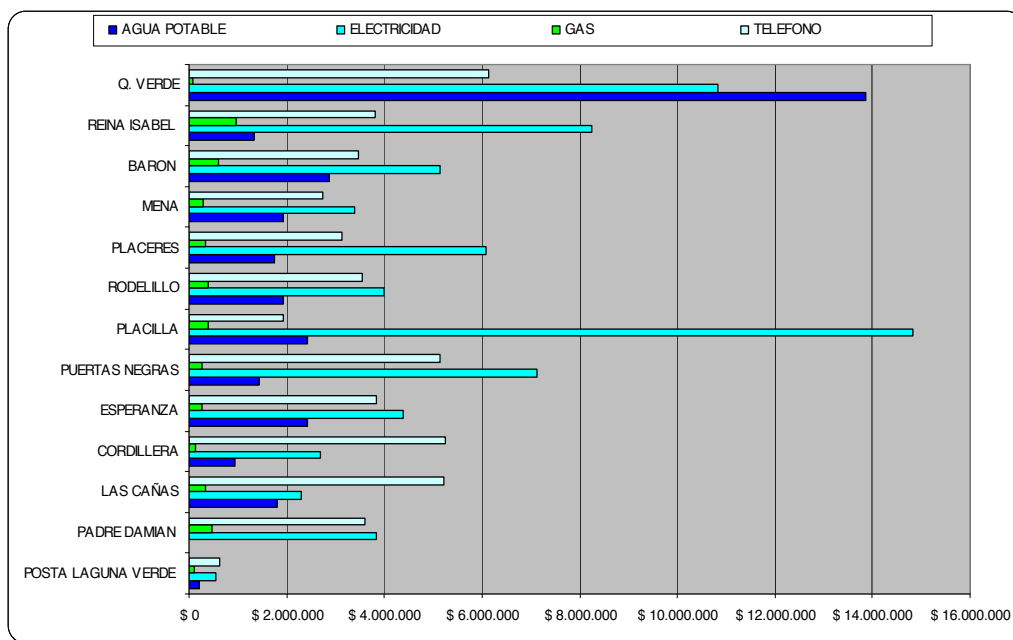
Dado que Servicios Básicos es el segundo ítem en importancia dentro de los costos de operación, se presenta en la Ilustración 4-19 los componentes de este costo.

Ilustración 4-19: Distribución de gastos en servicios básicos



Fuente: Área Salud CORMUVAL

Observando la gráfica anterior, se puede notar que el elemento de mayor incidencia corresponde a Electricidad, cuyo gasto en 2010 ascendió a \$ 11.256.182. Por ello, se deben realizar esfuerzos que permitan controlar el gasto energético y de esta forma reducir el impacto en los gastos de operación. Además, se hace necesario analizar los contratos vigentes con el fin de negociar, si es posible, mejores precios con el proveedor de este servicio. Con el motivo de realizar comparaciones entre los consultorios, se optó por realizar la comparación en base a la proporción entre el gasto total en cada componente de gasto y el número de inscritos por consultorio, lo que permite aislar el efecto tamaño. De esta manera, se muestra el gráfico 4-19 en donde se comparan los gastos en teléfono, agua potable y electricidad.

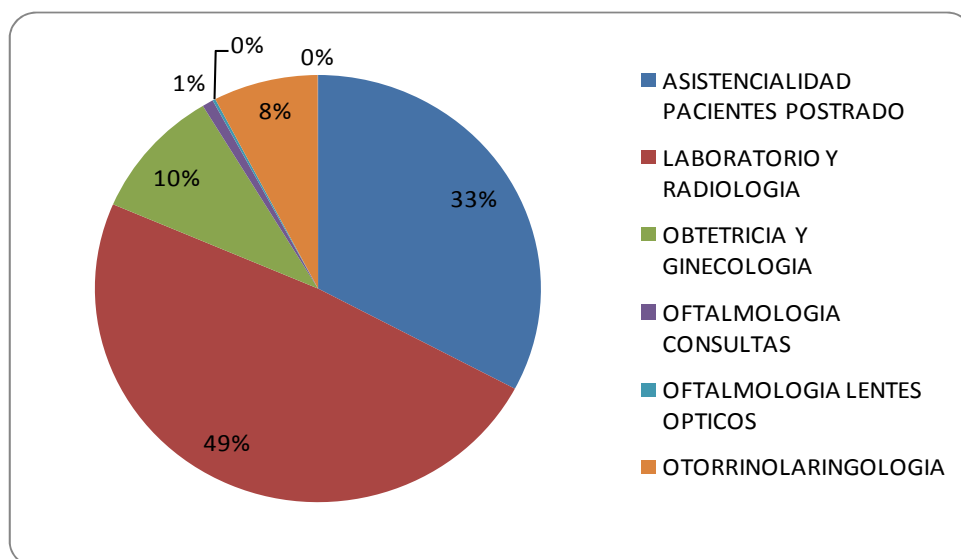
Ilustración 4-20: Gastos en servicios básicos por número de inscritos

Fuente: Área salud CORMUVAL

Del gráfico 4-20, se puede ver nuevamente que en los consultorios de menor tamaño el gasto por inscrito es bastante superior al de los consultorios grandes, razón por la cual se cuestiona la eficiencia de éstos en el uso de los recursos.

- **Gastos Especialidades**

Este es el tercer gasto más importante y corresponde al 3,9% del gasto total, con un valor de \$326.392.240. En el anexo 16 se presentan cada uno de los componentes de este gasto, observándose que el mayor de sus componentes corresponde a la cuenta laboratorio y radiología con \$ 158.941.479, seguido de asistencia del paciente postrado con \$106.940.00 y exámenes de obstetricia y ginecología con \$32.313.040 y por último otorrinolaringología con \$24.795.000 y consultas oftalmológicas con \$2.672.700.

Ilustración 4-21: Distribución de gastos de especialidades

Fuente: Área Salud CORMUVAL

En la Ilustración 4-21, se observa que el gasto en laboratorio y radiología que se consiste principalmente en radiografías de tórax y laboratorio básico representa un 49%, en segundo lugar está la asistencialidad del paciente postrado que representa el 33%. Y por último están exámenes de obstetricia y ginecología que se refiere al gasto en mamografías, eco tomografía mamaria y abdominal, seguida por un 8% de otorrinolaringología que se refiere principalmente a consultas y audífonos.

Es importante señalar que el gasto de especialidades es financiado en su totalidad por los PRAPS. En el área salud el dinero recibido por transferencia per cápita, tiene como objetivo financiar la canasta básica de prestaciones de atención primaria. Los gastos realizados por la ejecución de estos programas no se deben rendir al SSVSA. Por el contrario el gasto generado por la ejecución de los programas de reforzamiento se debe rendir mensualmente al SSVSA, el cual regula la utilización de los recursos y cumplimiento de las metas asociadas a las actividades y prestaciones de los PRAPS. El procedimiento establecido por el SSVSA para efectuar dichas rendiciones de gastos se detalla en el Anexo 16.

4.1.2.7. Situación financiera 2010

Para el año 2010 el aporte Per Cápita por inscrito validado en cada consultorio es de \$2.130.- mensuales, a eso se añade \$ 431.- mensuales por persona de 65 años y más. También hay un aporte por ruralidad, pero en el caso de Valparaíso este no aplica.

La siguiente tabla presenta una estimación del estado de resultados con que se debiera finalizar el presente año.

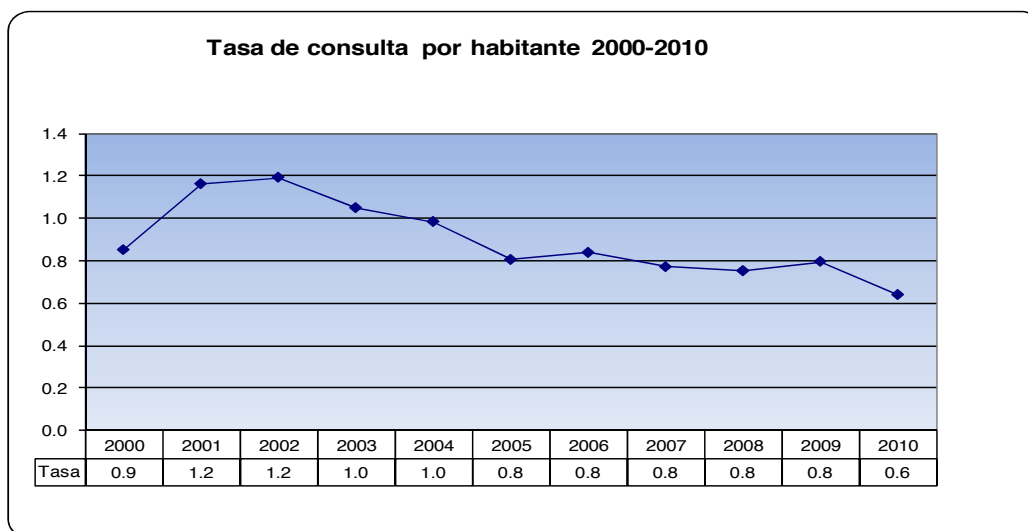
Tabla 4-19: Resultados Área Salud 2010

Ingresos	
Ingresos Percápita	\$ 5,368,135,826.00
Ingresos Convenios (PRAPS)	\$ 2,131,095,990.00
Ingresos Directos	\$ 5,466,010.00
Ingresos Varios	\$ 17,143,824.00
Recuperación de Subsidios	\$ 161,864,390.00
Transferencia de Bonos y Aguinaldos	\$ 224,992,552.00
Desempeño Difícil	\$ 62,244,886.00
Transferencia de Bonos	\$ 943,696,024.00
Total	\$ 8,914,639,502.00
Gastos	
Gastos en Personal	\$ 6,446,345,745.00
Gastos de Operación	\$ 674,957,286.00
Gastos de Especialidades	\$ 326,392,240.00
Mantenimiento y Reparación	\$ 26,639,358.00
Gastos Varios	\$ 231,810,296.00
Inversión	\$ 696,501,444.00
Total	\$ 8,402,646,369.00

Fuente: Estado de Resultados a diciembre del 2010, Área Salud CORMUVAL

Como se puede observar en la tabla 4-19, el Área Salud finaliza el año 2010, con un déficit de \$511.993.133.

4.1.2.8. Producción

Ilustración 4-22: Tasa de consulta por habitante periodo 2000-2010

Fuente: Área Salud CORMUVAL

En el gráfico 4-22, se observa que a partir del año 2003 hay una disminución de la tasa de consulta, lo que es coincidente con el aumento de la población bajo control de enfermedades crónicas no transmisibles, así como la incorporación del AUGÉ en APS. De acuerdo a lo observado a diciembre del 2010, la tasa de consulta anual fue de un 0.6.

Tabla 4-20: Tasa de consulta por inscritos

Año	P. Damián	Barón	L. Cañas	Esperanza	Mena	Placeres	Placilla	P. negras	Q. Verde	R. Isabel	Rodelillo	Cordillera
2005	1.4	0.8	1.0	0.8	0.8	0.9	0.9	0.8	0.5	0.6	1.0	1.0
2006	1.6	0.9	0.9	1.0	0.6	0.9	0.9	1.1	0.5	0.6	1.1	1.1
2007	1.1	0.8	1.1	1.0	0.6	0.9	1.0	1.0	0.5	0.5	1.0	0.9
2008	1.1	0.6	0.8	1.1	0.6	0.8	0.9	0.8	0.6	0.5	1.0	1.0
2009	1.3	0.7	0.9	1.1	0.8	0.8	0.9	0.9	0.6	0.6	0.9	0.9
2010	1.1	0.6	0.8	1.0	0.7	0.8	0.6	0.7	0.3	0.5	0.7	0.9

Fuente: Área Salud CORMUVAL

De acuerdo a lo observado en la tabla 4-20, la tasa de consulta habitante/ año, se observa una dispersión importante según análisis por centro de salud, fluctuando entre 0.3 a 1.1 en el año 2010, situación que también se ve reflejada en el gráfico que se presenta a continuación:

Ilustración 4-23: Tasa de consultas por paciente inscrito

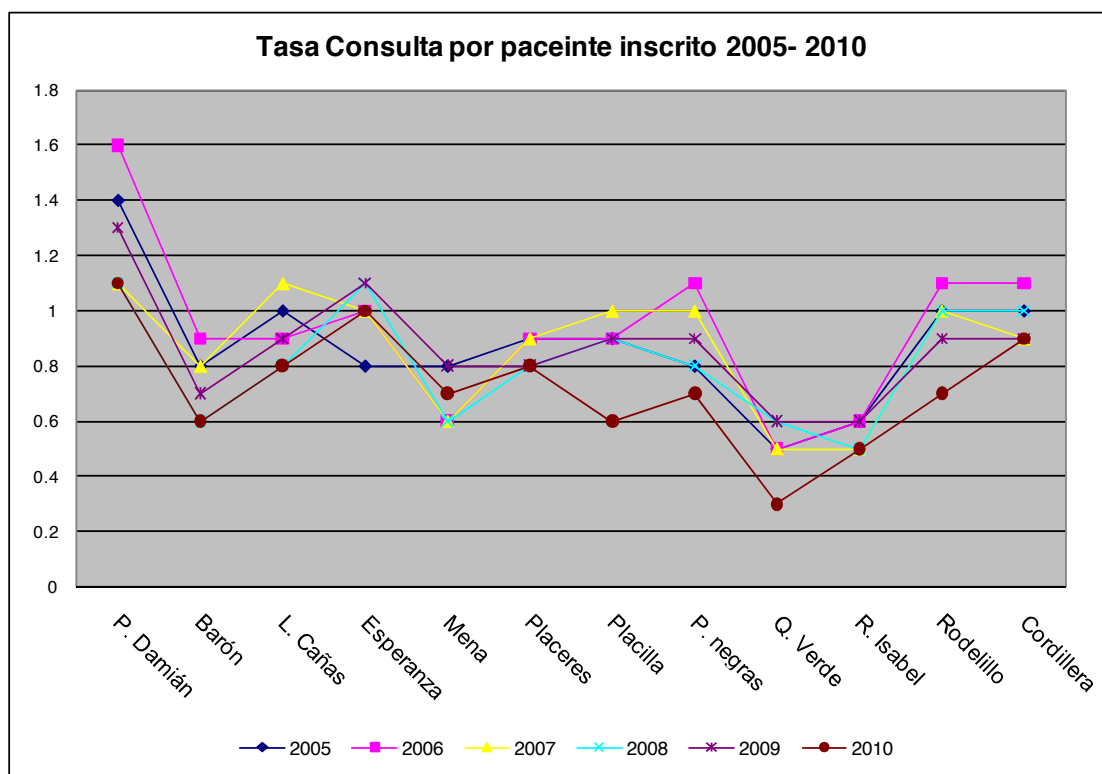
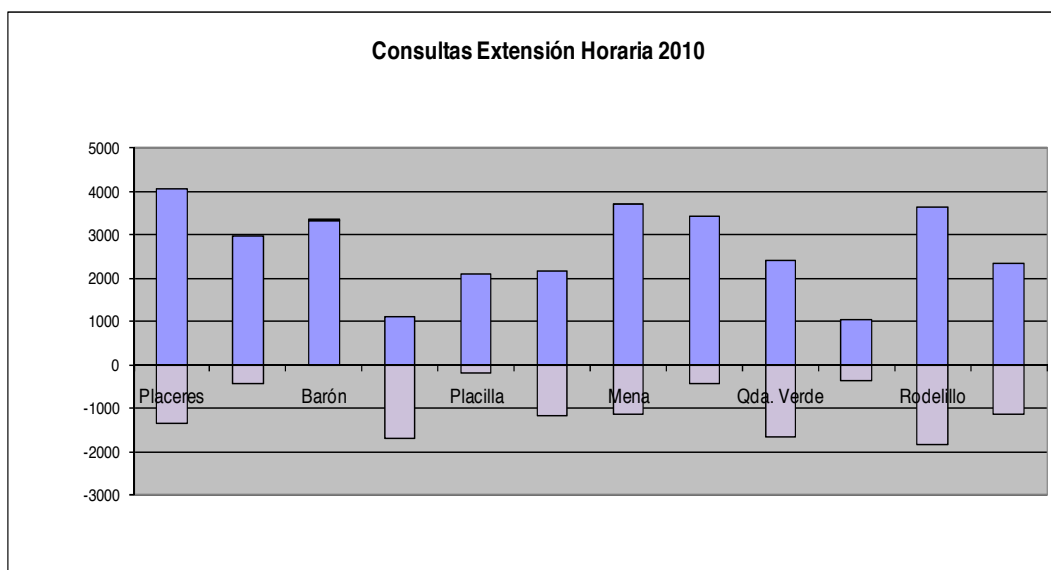


Ilustración 4-24: Consultas de extensión horaria

En la Ilustración 4-24, la extensión horaria se creó con el objetivo de prestar atenciones de salud primaria en un horario distinto al de los centros de salud, para poder tener una mayor cobertura de las prestaciones de salud y satisfacer las necesidades del paciente beneficiario. Sin embargo en la figura se observa que estas horas adicionales no se utilizan de manera eficiente y que existe una gran cantidad de horas que se pierden. El centro de salud Mena es el único que es eficiente en el uso del recurso humano extra. Por el contrario Reina Isabel, Placilla y Las cañas son los centros de salud menos eficiente.

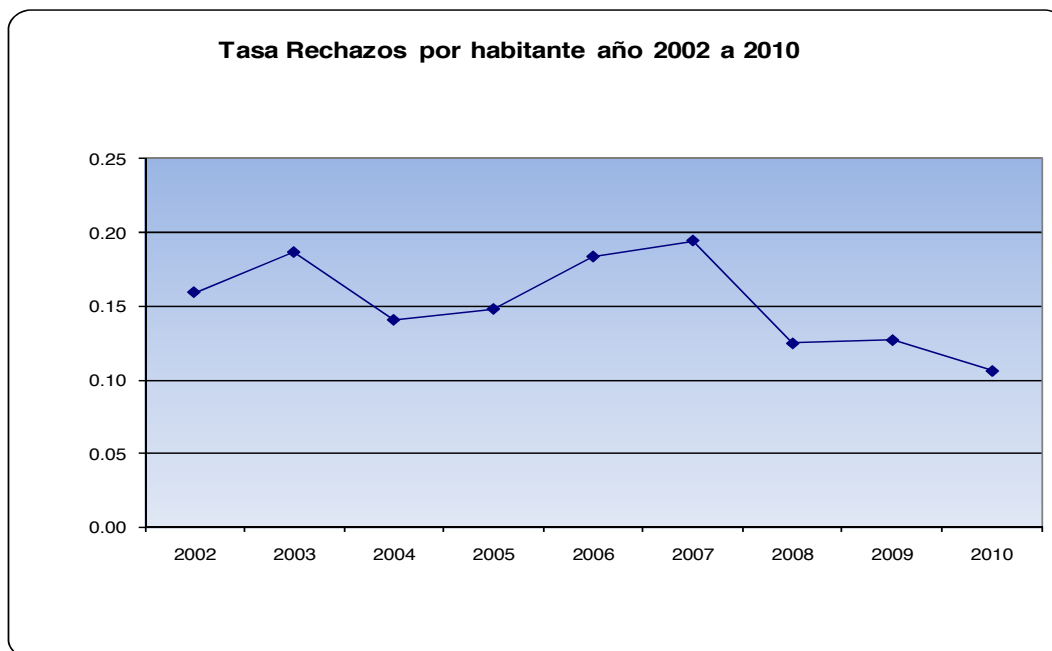
Tabla 4-21: Productividad de los centros de salud 2010

2010	Hrs. Disponibles	Hrs. Trabajadas	Hrs. sin producción	%
Placeres	918	695.5	222.5	24.24
Esperanza	567	495.3	71.7	12.64
Barón	550	553.7	-3.7	-0.67
R. Isabel	468	186.2	281.8	60.22
Placilla	386	353.3	32.7	8.46
Las Cañas	726	530.0	196.0	27.00
Mena	807	620.5	186.5	23.11
Cordillera	649	575.3	73.7	11.35
Qda. Verde	681	402.5	278.5	40.90
Ptas Negras	236	175.50	60.5	25.64
Rodellillo	918	610.8	307.2	33.46
P. Damian	582	393.7	188.3	32.36
Total	7488	3519.2	3968.8	53.0

Fuente: Área salud CORMUVAL

En la tabla 4-21, se observa que en el año 2010 el 47% de las horas disponibles, no tuvieron producción, lo cual se puede explicar por el aumento de pacientes crónicos (Ver Anexo 18) y enfermedades no transmisibles lo que implica que el paciente solo asista al centro de salud cuando es citado por el profesional que lo atiende. Sin embargo, en la Ilustración 4-25 se observa la figura de rechazos de atenciones, lo que no hace pensar que en el área salud existe ineficiencia en la gestión de horas disponibles.

Ilustración 4-25: Tasa de rechazos de atenciones del Área Salud



Fuente: Área salud CORMUVAL

En la Ilustración 4-25, se observa que el número de rechazos promedio del año 2010 es 2.413 rechazos/mes, cifra que se encuentra por debajo del valor promedio de periodo (2002-2009) que es 2574 rechazos/mes. Sin embargo al comparar el promedio 2009 con el 2008 se aprecia que los rechazos aumentaron el año 2009 y que la mayor cantidad de rechazos de atenciones se efectuaron en el año 2005 y 2006. Al relacionar la tasa de rechazos con el número de inscritos de cada centro de salud se observa que la tasa de rechazos ha ido en disminución a lo largo del tiempo, lo que se debe principalmente al aumento de pacientes inscritos en los centros de salud y no a la disminución de los rechazos de atención.

4.1.2.9. Intangibles

a) Calidad del Servicio

Todos los años el SSVSA realiza una encuesta de satisfacción de usuarios de la red de salud, a continuación se muestran los resultados de esta y en el anexo 19 se detallan los datos.

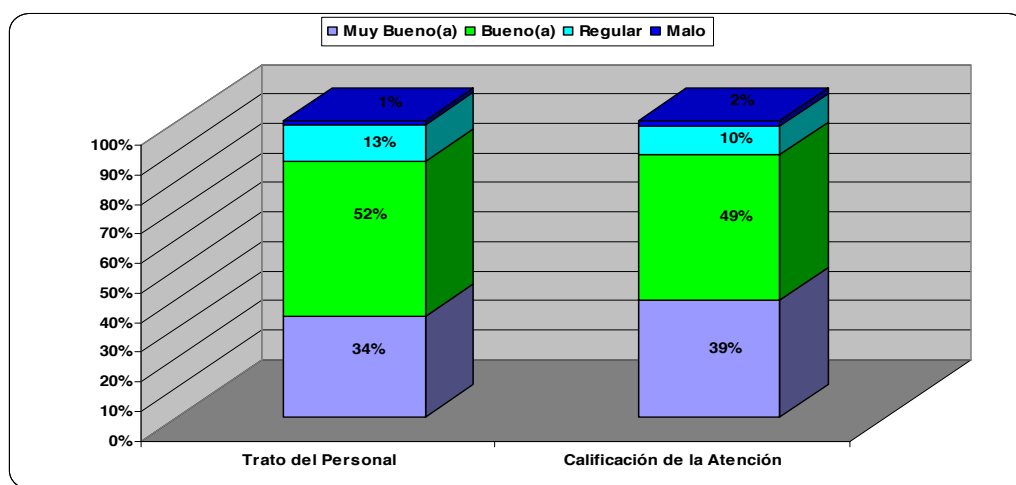
Tabla 4-22: Número de personas encuestadas por establecimiento

ESTABLECIMIENTO	MUJERES	HOMBRES	TOTALES
PLACERES	188	61	249
ESPERANZA	204	59	263
BARON	191	67	258
REINA ISABEL	183	59	242
PLACILLA	156	46	202
LAS CAÑAS	189	51	240
MENA	196	62	258
CORDILLERA	223	37	260
Q. VERDE	193	68	261
P. NEGRAS	207	47	254
RODELILLO	189	68	257
P. DAMIAN	208	47	255
L. VERDE	116	88	204
TOTAL	2443	760	3203

Fuente: Área salud CORMUVAL

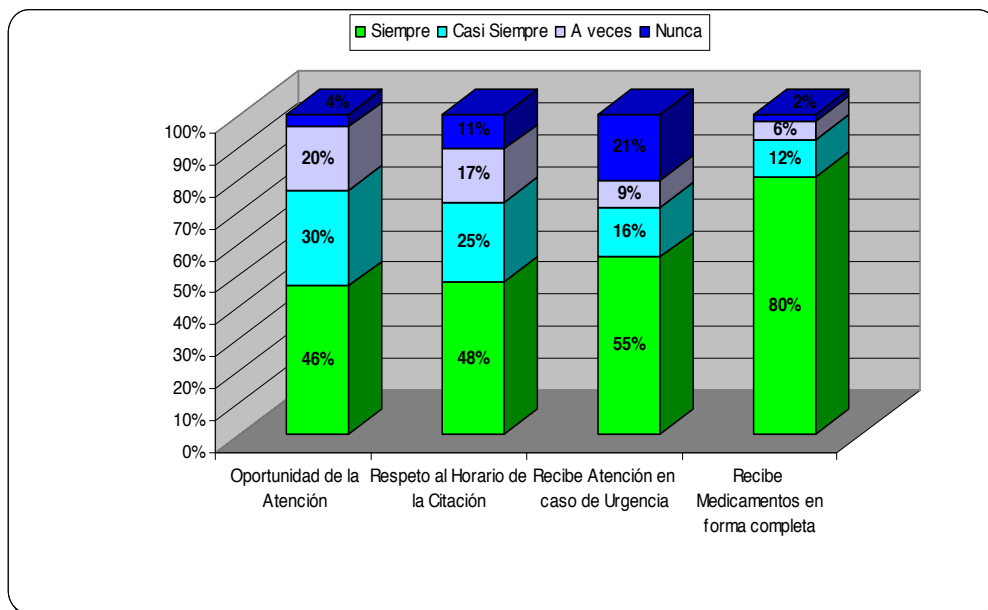
Para los establecimientos de salud los resultados de esta encuesta en el año 2010 fueron los siguientes:

Ilustración 4-26: Resultados de trato del personal y calificación de la atención



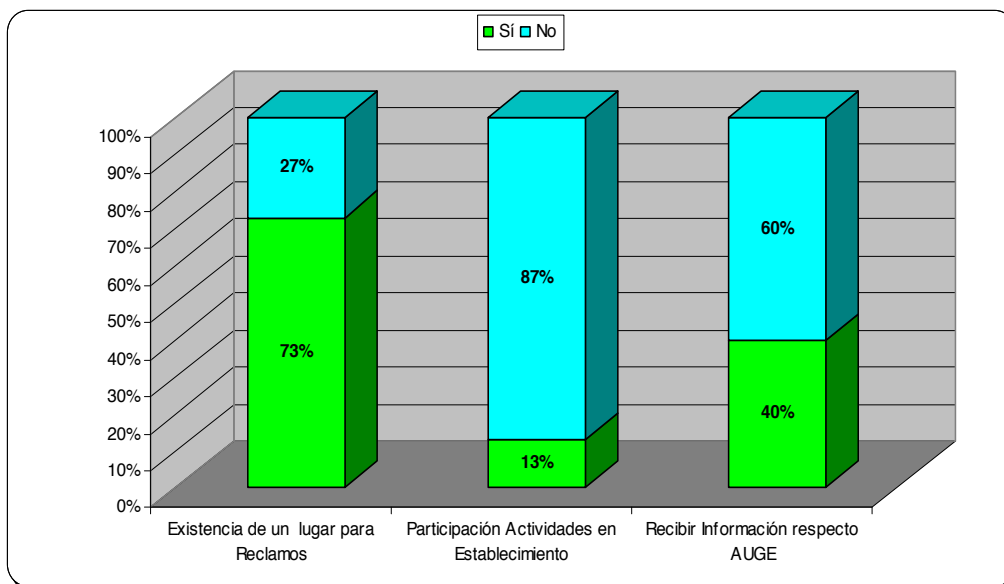
Fuente: Área salud CORMUVAL

Ilustración 4-27: Resultados de oportunidad de atención, respeto de horario de atención, atención de urgencia y recepción de medicamentos



Fuente: Área salud CORMUVAL

Ilustración 4-28: Resultados de existencia de lugar para reclamos, participación en actividades de los establecimientos e información respecto del AUGE



Fuente: Área salud CORMUVAL

En la Tabla 4-23, se observan los resultados de las solicitudes ciudadanas, las cuales corresponden a la información recepcionadas en las OIRS de cada establecimiento y que son consolidadas en el área central salud, donde se le debe dar solución a cada reclamo y comunicar al director de cada centro de salud.

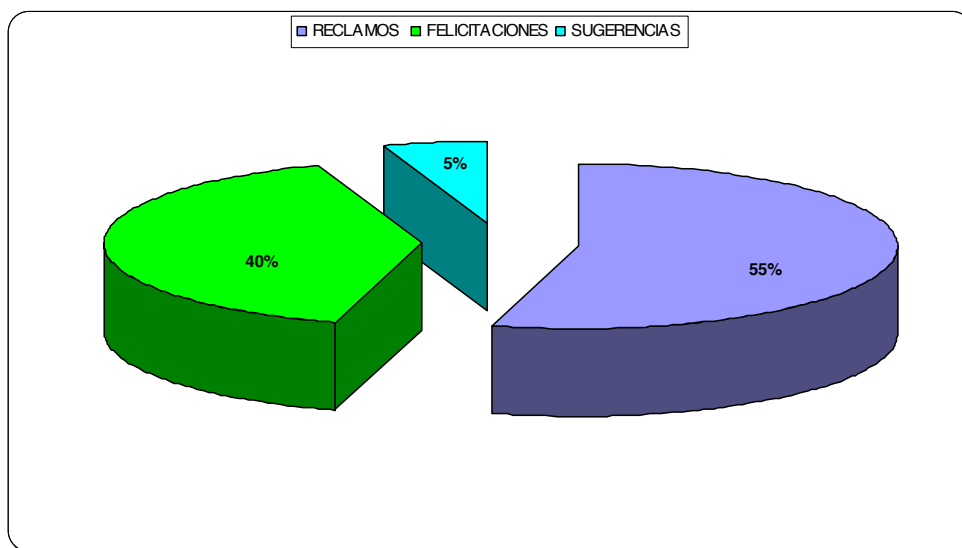
Tabla 4-23: Solicitudes ciudadanas realizadas en el año 2010 en cada centro de salud

ESTABLECIMIENTO	TOTAL SOLICITUDES	RECLAMOS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS
ESPERANZA	7	5	0	1
PLACERES	30	14	16	0
P. DAMIAN	10	5	5	0
RODELILLO	9	4	5	0
BARON	32	11	20	1
PLACILLA	5	3	2	0
R. ISABEL	29	19	9	1
L. CAÑAS	5	2	2	1
MENA	37	21	15	1
CORDILLERA	6	6	0	0
Q. VERDE	27	14	8	5
P. NEGRAS	11	9	1	1
Total	208	113	84	11

Fuente: Área salud CORMUVAL

En la siguiente figura es posible observar los datos de manera gráfica.

Ilustración 4-29: Resultados de las solicitudes ciudadanas

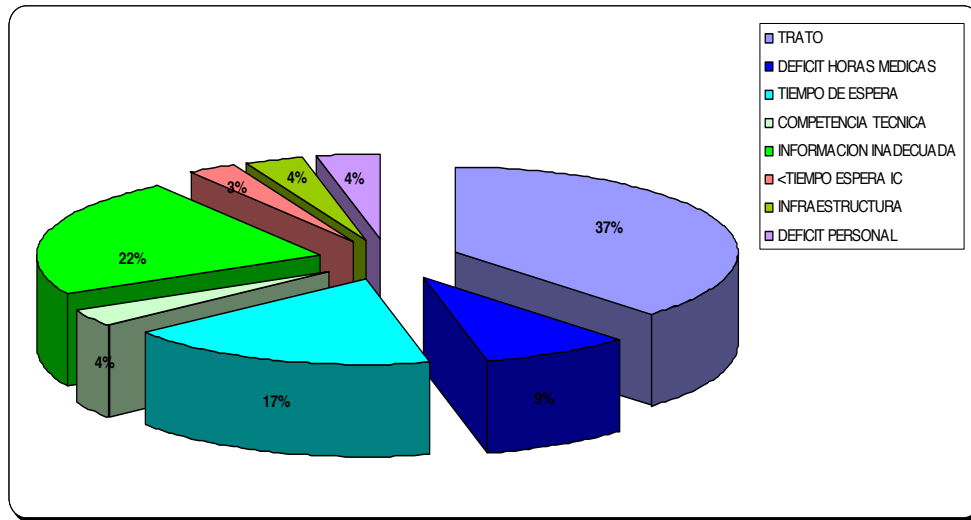


Fuente: Área salud CORMUVAL

En la Ilustración 4-29, se observa que del total de solicitudes ciudadanas, más de la mitad corresponde a reclamos, los cuales se concentran en un 60% en los centros de salud

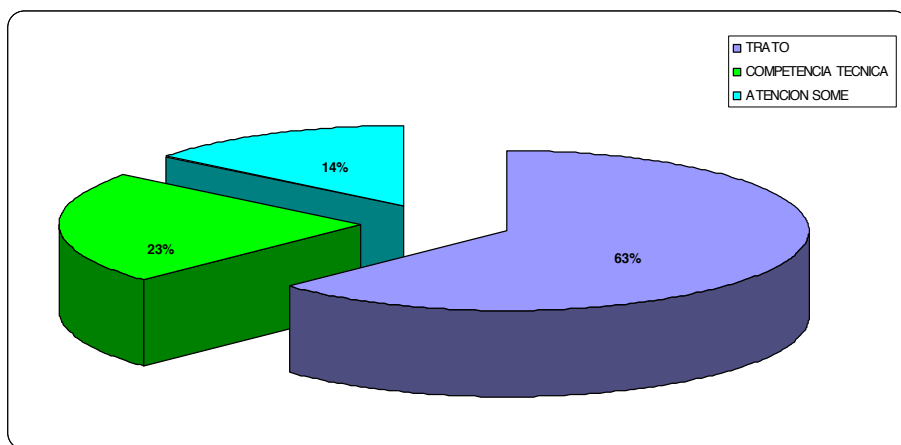
Placeres, Reina Isabel, Quebrada Verde y Mena, que coincidentemente corresponden a los centros de salud con mayor cantidad de pacientes inscritos. En segundo lugar están las felicitaciones de las cuales el 61% del total corresponden a los centros de salud Barón, Mena y Placeres. Por último las sugerencias de las cuales aproximadamente el 50% corresponden solamente al consultorio Quebrada Verde.

Ilustración 4-30: Motivos de los reclamos ciudadanos



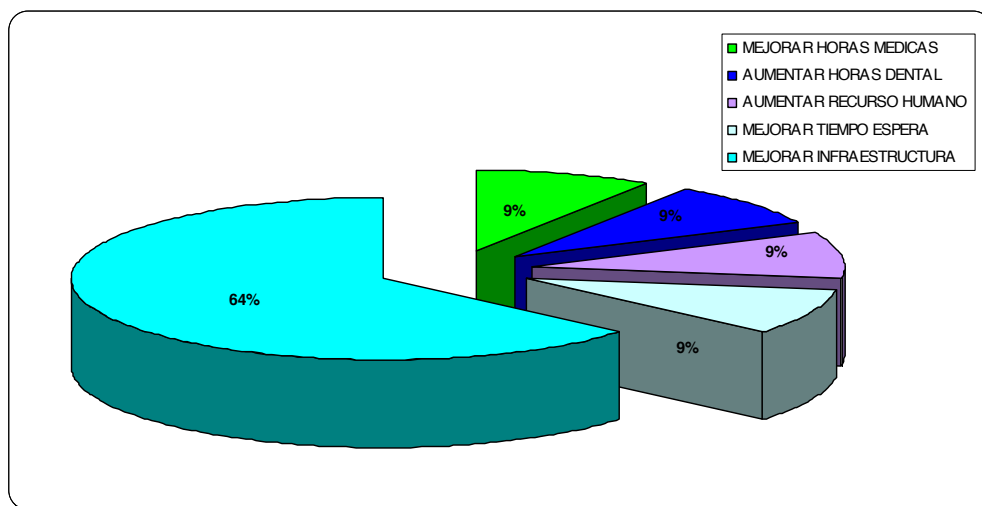
Fuente: Área salud CORMUVAL

En la Ilustración 4-30, se puede observar que la mayor cantidad de reclamos ciudadanos corresponden a problemas con el trato de los funcionarios con los pacientes, el 60% de estos reclamos corresponden a los centros de salud Mena, Barón, Reina Isabel y Quebrada Verde. En segundo lugar se encuentran los reclamos por información inadecuada donde los centros de salud Reina Isabel, Mena y Quebrada verde concentran el 70% de estos. Finalmente se encuentran los reclamos por tiempo de espera para la atención de los cuales el 55% se realizan en los centros de salud Mena y Padre Damián.

Ilustración 4-31: Motivos de las felicitaciones ciudadanas

Fuente: Área salud CORMUVAL

Como se observa en la Ilustración 4-31, la mayor cantidad de felicitaciones ciudadanas son por trato con el personal y se realizan en un 50% en los centros de salud Barón y Reina Isabel. El segundo motivo corresponde a felicitaciones por competencia técnica de los que el 58% del total se realiza en el centro de salud Placeres. Finalmente se encuentra las felicitaciones por atención en el SOME las que se realizan en un 92% en Mena y Barón.

Ilustración 4-32: Motivo de las sugerencias ciudadanas

Fuente: Área salud CORMUVAL

En la Ilustración 4-32, se observa que la sugerencia más significativa se refiere a mejorar la infraestructura del centro de salud, estas se realizaron en un 71% en el centro de salud Quebrada Verde.

- **Capacitaciones**

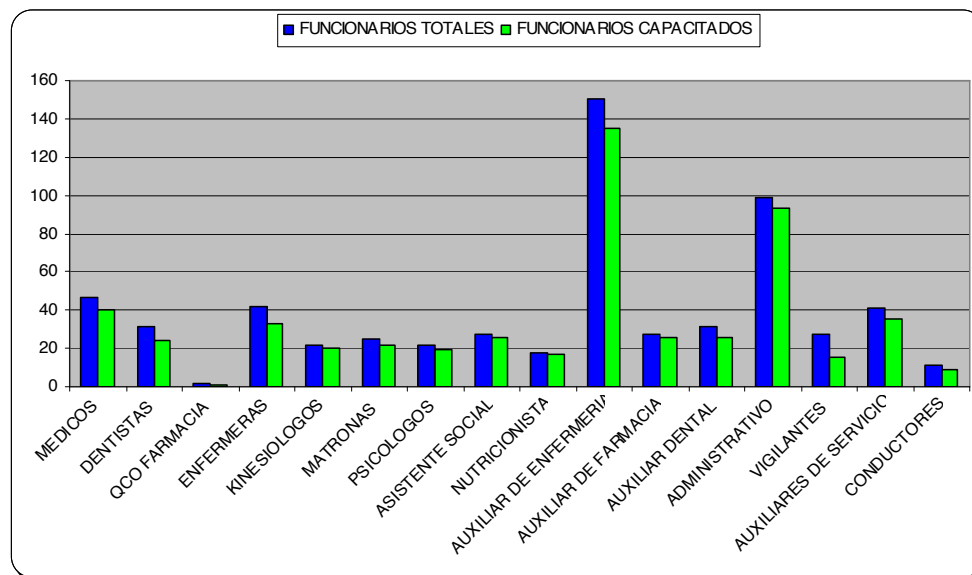
Corresponden a uno de los aspectos constitutivos de la carrera funcionaria del personal del Área Salud y tienen por objetivo brindar beneficios de puntaje a la carrera funcionaria.

La ley reconoce como actividades de capacitación los cursos y estadías de perfeccionamiento que formen parte de un programa de formación de recurso humano reconocido por el MINSAL. Los funcionarios del sistema tienen derecho a participar hasta 5 días en el año con goce de remuneraciones en actividades de formación, capacitación o perfeccionamiento.

Estas capacitaciones se gestionan en forma interna en los centros de salud, también por parte de las asociaciones de profesionales y no profesionales y de forma centralizada en el Área Salud. La gestión se realiza con universidades e institutos, los cuales capacitan a los funcionarios por lo general sin costo a cambio del uso del campo clínico.

Las capacitaciones son de gran importancia para los funcionarios del Área Salud ya que les permite avanzar de nivel en la carrera funcionaria lo que trae como consecuencia un aumento en sus remuneraciones.

Ilustración 4-33: Comparación entre funcionarios totales y funcionarios capacitados 2010



Fuente: Área salud CORMUVAL

En la generalidad la asistencia a las capacitaciones por parte del personal es buena, aunque no siempre es el 100% como se puede observar en la figura. En la mayoría de los

casos el número de ausencias es despreciable, si embargo en el caso de las enfermeras el 27% de estas no asisten y en el caso de los vigilantes el 80% no asiste a la capacitación. La información sobre las capacitaciones realizadas por los funcionarios es manejada centralizadamente en el Área Central de la CORMUVAL, lo que ha provocado un desorden en la información, pérdida de certificados y mala asignación de puntajes, por lo que existe gran molestia por parte de los funcionarios ya que esto entorpece el avance en la carrera funcionaria.

4.1.3. Misión, visión y valores

En este capítulo se establece la misión y visión del Área Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso y su vinculación con la declaración de misión y visión del Ministerio de Salud. Este proceso se realiza considerando el análisis interno y externo de la organización en cuestión.

4.1.3.1. Declaración de la misión del área salud

“Entregar soluciones integrales de salud, que garanticen la resolución de los problemas de salud primaria, asegurando la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de los trabajadores y de las familias de Valparaíso. Logrando un retorno para nuestros financiadores en rentabilidad social, prestigio e imagen. A través del manejo eficiente de los recursos, calidad en la entrega de servicio. Promoviendo el desarrollo personal de nuestros trabajadores y un buen entorno laboral en el Área Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso”.

4.1.3.2. Vinculación de la misión del área salud con la misión del Ministerio de Salud.

La misión institucional que el Ministerio de Salud se ha dado para este período, busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes.

El aporte de la misión del Área Salud a la misión del MINSAL se ve reflejado en los siguientes aspectos:

- Entregando soluciones de salud integral que garanticen la resolución de los problemas de salud primaria, favorecemos la elevación del nivel de salud de la población y refuerza la gestión de la red nacional de atención, ya que la atención de salud primaria es la puerta de entrada a la red de salud.

- Entregando un retorno a nuestros financiadores en rentabilidad social, prestigio e imagen, a través del manejo eficiente de los recursos y calidad en el servicio, favorecemos la rendición de cuentas a la ciudadanía y la promoción de la participación de las mismas en el ejercicio de sus deberes y derechos.
- Promoviendo el desarrollo personal de nuestros trabajadores y un buen entorno laboral, favorecemos el desarrollo armónico del sistema de salud, centrado en las personas.

4.1.3.3. Declaración de la visión del área salud

El Área Salud quiere ser reconocida en 4 años más, por su excelencia técnica y humana, que brinda soluciones integrales de salud en red y que es accesible a la comunidad. Además tener una rentabilidad sustentable, preocupada por el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores y ser un aporte al desarrollo de la salud y de la calidad de vida de la región de Valparaíso.

4.1.3.4. Vinculación de la visión del área salud con la visión del Ministerio de Salud

La visión del Ministerio de Salud es la de que las personas, familias y comunidades tendrán una vida más saludable, participarán activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo. Vivirán en ambientes sanitariamente protegidos. Tendrán acceso a una atención en salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sentirán más seguras y protegidas.

El aporte de la visión del Área Salud que es nuestro objetivo a largo plazo a la visión del MINSAL, se ve reflejado en los siguientes aspectos:

- Si en el Área Salud, logramos desarrollar excelencia técnica y humana que permita brindar soluciones integrales de salud en red y que favorezca la accesibilidad del servicio a la comunidad, favorecemos el acceso oportuno de salud acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sentirán más seguras y protegidas los pacientes.
- Si logramos tener una rentabilidad social sustentable, favorecemos la construcción de estilos de vida saludables que favorezcan el desarrollo individual y colectivo.

4.1.3.5. Valores del área salud

La declaración de valores del Área Salud consiste en construir un puente que une los valores con las actitudes, habilidades y el comportamiento requerido para el logro de los objetivos de la organización.

Los valores se encargan de traducir nuestro sistema de creencias más profundas; es decir, la forma en que nos representamos y percibimos la realidad y sus consecuencias. De esta manera, asociando valores a nuestro sistema de creencias, inferimos a qué cosas le otorgamos o no valor.

El valor no es tal si no creemos previamente en lo que valoramos; o dicho de otra manera: para valorar, hay que creer. De acuerdo a este planteamiento los valores del área salud son los siguientes:

- **Transparencia:** hace referencia a la actitud y práctica de la integridad y la honestidad en las relaciones interpersonales entre los integrantes del Área Salud y los pacientes, tiene su expresión mediante la evaluación, auto evaluación y la rendición de cuentas sobre el uso y efectos de los recursos, tanto al interior del Área Salud como en instancias externas.
- **Equidad:** atención a personas y grupos poblacionales según sus necesidades particulares, de manera que haya una distribución justa de recursos, bienes, servicios, e información. Busca disminuir las brechas en salud que son evitables e injustas, dado que las distintas condiciones de vida generan distintas necesidades de salud, lo cual implica intervenir sobre los factores de riesgo y la promoción y fortalecimiento de los factores que protegen la salud de las personas.
- **Eficiencia:** constituye una referencia que debe orientar al Área Salud de manera constante. Este concepto debe impregnar todas las actividades del Área Salud, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, con el uso óptimo de recursos, esfuerzo y tiempo destinado al logro de sus fines.
- **Igualdad:** de oportunidades y de acceso a los recursos que promueven la salud, incluida una oferta de servicios de salud primaria de buen nivel, sin discriminación de género, edad, condición socioeconómica, grupo étnico, status migratorio, filiación religiosa, identidad sexual, condiciones incapacitantes, enfermedades estigmatizadas u otras condiciones.
- **Participación Social:** responde al derecho pleno de la ciudadanía que permite el involucramiento mediante la participación activa, informada, consciente, autónoma y responsable de personas, instituciones, organizaciones y grupos que contribuyan en el proceso de construcción de la salud; desde el análisis y priorización de problemas de salud, la planificación, la ejecución de actividades y el monitoreo y evaluación mediante acuerdos concertados de las responsabilidades. Implica mejorar la coordinación y el uso óptimo de los recursos disponibles para un mayor

impacto en la producción de la salud, incluida la resolución o reducción de los problemas de salud.

- **Gestión Participativa:** Hace referencia a que todas las instancias y personas que integran el Área Salud deben ejercer sus derechos de opinar y participar en la toma de decisiones que la afecten, a fin de promover una distribución equilibrada del ejercicio del poder. Incluye la facilitación para que los usuarios participen y que sus opiniones sean consideradas en la gestión de los centros de salud primaria.

4.1.4. Debilidades del Área Salud

Las debilidades afectan en forma negativa y directa el desempeño de la organización, derivándose en un mal servicio. Sin embargo se debe tomar en cuenta que una debilidad puede ser disminuida mediante acciones correctivas y atacar con acciones a corto plazo a efecto de eliminarlas y transformarlas en fortalezas. A continuación en la tabla 4-24 se describen las debilidades del Área Salud.

Tabla 4-24: Debilidades del área salud

Debilidades	Descripción
50% de los contratos son plazo fijo	El estatuto de APS , establece que los contratos plazo fijo no pueden superar el 20%. Por lo tanto se requiere de forma urgente la planificación por parte de los directivos del Área Salud de un concurso de planta, para así poder ajustar este porcentaje a lo señalado en la ley.
Inamovilidad laboral	El 40% de los contratos plazo fijo, poseen estabilidad laboral, establecida por el Estatuto de APS , , esto quiere decir solo a través de un sumario, acumulación de 3 anotaciones de demérito o acumulación de más de 180 días de licencia médica en 2 años, se podría despedir a un funcionario que se desempeñara mal en sus labores, siempre y cuando no intervenga el sindicato de trabajadores. Todo lo anterior no da a conocer que en el Área Salud, los funcionarios una vez contratados con contrato indefinido, si se desempeñan mal, es muy poco probable que puedan ser despedidos.
Control de dotación	Actualmente existe déficit de algunos profesionales esta carencia radica principalmente en la migración de estos hacia el sistema privado u otras corporaciones en búsqueda de mejores expectativas laborales . Es necesario realizar un estudio profundo respecto a la necesidad de aumentar la dotación de ciertos profesionales y re-ubicar aquellos que sean menos requeridos, lo que permitiría balancear la demanda de horas hombre con la disponibilidad de este recurso.
Estandarización y documentación de procesos principales y de apoyo	Actualmente en el área salud tanto los procesos principales como los de apoyo no están estandarizados ni documentados , lo que provoca un desorden de la información , baja eficiencia de estos procesos y mala gestión de los recursos.
Elevado gasto en personal	cerca del 80 % de los gastos del área salud corresponden a gastos en personal , lo cual imposibilita contar con recursos para hacer gestión
Situación financiera del Área Salud	El área salud finaliza el 2010 con un déficit de \$511.993.133
Flexibilidad y capacidad de adaptación de los sistemas de información	Los actuales sistemas de información del área salud no cumplen con los requerimientos operativos , además de ser antiguos y en algunos casos obsoletos , lo cual no permite que se adapten a los cambios del entorno del área salud.
Deficiente gestión de capacitaciones	Actualmente existen pérdidas de certificados , lo que provoca que los funcionarios no cuenten con la información de puntajes para avanzar en su carrera funcionaria , además la temática aplicada en las capacitaciones no cumple en su totalidad con las necesidades reales de los funcionarios del área salud , también no existe una base de datos adecuada para registrar y actualizar la información.
Gestión de horas disponibles	En el año 2010 , el 50% de las horas disponibles para atención usuaria no fueron utilizadas , además se produjeron 23.325 rechazos de atenciones , lo que habla de una mala gestión de horas , además de elevados números de licencias de los profesionales , alta movilidad y poco compromiso con la APS.

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis interno

4.1.5. Fortalezas del área salud

Las fortalezas se definen como la parte positiva de la organización y están referidas al carácter interno, es decir, todas aquellas variables que se tiene control y que reflejan una ventaja antes las demás organizaciones, producto del esfuerzo y de la acertada toma de decisiones. Se describen en la tabla 4-25.

Tabla 4-25: Fortalezas del área salud

Fortalezas	Descripción
Cumplimiento de metas sanitarias	El cumplimiento de las metas sanitarias esta asociada al cumplimiento de la canasta básica de prestaciones , en el área salud a pesar de la falta de recursos financieros, humanos y la no estandarización de procesos , estas se cumplen satisfactoriamente, lo que no s asegura el financiamiento per cápita y contribuye a mejorar la imagen del área salud.
Funcionarios motivados	en el área salud constantemente se capacita a los funcionarios , lo que favorece el incentivo de estos por realizar sus diferentes funciones.
Satisfacción usuaria	A pesar de que son muy pocas las encuestas que se hacen a nuestros beneficiarios y el volumen de encuestados es poco significativo , el área salud obtiene buenos resultados especialmente en lo que concierne a la información respecto de las patologías AUGE, Oportunidad de la atención y trato del usuario.
Estructura Organizacional	El área salud esta organizada en una estructura matricial, la cual presenta líneas duales de autoridad y pone juntos a especialistas de la misma rama, lo cual permite agrupar y compartir recursos.

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis interno

4.1.6. Oportunidades del Área Salud

Tabla 4-26: Oportunidades del área salud

Oportunidades	Descripción
Incentivos salariales	Ley de Asignación de estímulo al desempeño colectivo: recompensa e incentiva salarialmente a los funcionarios por el cumplimiento de las metas sanitarias y calidad de la atención
Evaluación del desempeño de los funcionarios	Asignación de Merito, establecido en el estatuto de APS y corresponde a bono de incentivo por buenas calificaciones y experiencia laboral.
Incorporación de patologías AUGE en APS	La incorporación de las patologías AUGE en la cartera de prestaciones de APS , permiten resolver patologías de salud de mayor prevalencia , mejorando la oportunidad y equidad de salud de los pacientes beneficiarios.
Capacitación del personal	Corresponde a un elemento constitutivo de la carrera funcionaria y su existencia implica una experiencia superior para nuestros beneficiarios , además de incentivo salarial ya que forman parte importante de la carrera funcionaria de los trabajadores del área salud.
Atención de pacientes no beneficiarios	Los cambios que ha experimentado en los últimos años la atención primaria , representa una oportunidad en el sentido de cobrar por prestaciones o grupos de ellas, para poder obtener recursos propios que permitan mejorar la gestión.
Red Asistencial	El área salud forma parte de una red asistencial , lo cual contribuye a mejorar el estado de salud de los pacientes beneficiarios.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis externo

Las oportunidades se generan en un ambiente externo, donde la organización no tiene control directo de las variables, sin embargo son eventos que por su relación directa e indirecta pueden afectar positivamente al desempeño de la organización. Se describen en la tabla 4-26.

4.1.7. Amenazas del Área Salud

Las amenazas se encuentran en el entorno de la organización y de manera directa o indirecta afectan negativamente el que hacer de la organización, por lo que estas nos ayudan a tomar las previsiones necesarias para que las amenazas no interrumpan el logro de los objetivos. Se describen en la tabla 4-27.

Tabla 4-27: Amenazas del área salud

Amenazas	Descripción
Tasa de mortalidad infantil de Valparaíso	El éxito de la función de la atención primaria depende en gran medida de los indicadores sanitarios. Actualmente la tasa de mortalidad infantil se encuentra por sobre el promedio país y de la Quinta Región
Inequidad socio economía de los pacientes beneficiarios.	En relación con las otras comunas de la región Valparaíso concentra cerca del 25% pobreza , además existe una desigualdad social de nuestros beneficiarios respecto de la distribución de recursos y otros atributos socialmente valorados. Lo que implica que nuestros pacientes beneficiarios sean mas vulnerables y con mas necesidades de salud. Además como no disponen de recursos deben esperar turnos, tiempos exagerados para acceder a los servicios , o bien pagar por la totalidad o parte de las prestaciones para lograr atención oportuna.
Migración de profesionales de los centros de salud	La migración de los profesionales hacia el sistema privado u otras corporaciones ocurre principalmente por la búsqueda de mejores expectativas salariales , infraestructura y desarrollo profesional , lo que provoca una alta movilidad y carencia de profesionales dispuestos a trabajar en los centros de salud de la CORMUVAL
Cambios sociales y culturales de Valparaíso	El cambio de las causas de enfermedades y muerte debido al desarrollo, envejecimiento de la población, deterioro del medio ambiente, estilos de vida poco saludables y cambios epidemiológicos ponen en evidencia de manera creciente las dificultades del sector para financiarse y brindar cobertura y protección adecuada a la población
Factor Tecnológico	La tecnología se considera un factor crítico, tanto en lo relativo a equipos médicos como a sistemas de información y gestión, principalmente por el alto costo que demanda la implementación y su rápida obsolescencia.
Centralización administrativa del Área Salud con la CORMUVAL	La centralización de las actividades de personal, remuneraciones, gestión de contratos, finanzas, informática y mantención en el área central de la CORMUVAL, provoca una gran cantidad de errores en la información, errores en los contratos, control de dotación, imputaciones de ingresos y gastos etc. El área central salud centra sus funciones en un nivel técnico, es decir orientan sus actividades al cumplimiento y programación de las prestaciones de APS, cumplimiento de metas, etc. Pero carece de una gestión administrativa eficiente y de mecanismos de control que permitan retroalimentar la información al área central de la CORMUVAL, favoreciendo un desorden generalizado de la información clave para la toma de decisiones.
Deuda de arrastre de la Municipalidad de Valparaíso	El déficit actual de la Municipalidad perjudica al área salud ya que nos priva de financiamiento municipal para mejorar la gestión.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis externo

4.1.8. Matriz Evaluación factores externos

La matriz EFE es una herramienta que se utiliza para determinar la posición estratégica externa del Área Salud. Consiste en listar las oportunidades y amenazas del entorno y determinar la importancia relativa de cada una para el desempeño de la unidad de información, asignándole un peso y un valor a cada factor. El peso de cada factor se asigna dentro del rango 0.0 (nada importante) a 1.0 (muy importante). La sumatoria de todos los valores debe totalizar 1.0. Los valores asignados a cada factor son de 1 a 4 indicando el grado de amenaza o riesgo que representan lo cual se indica en la tabla 4-28. Se multiplica cada peso del factor por su valor para determinar el resultado ponderado de cada variable. Finalmente se suman los resultados ponderados para determinar el resultado final de la unidad de información.

Tabla 4-28: Matriz de evaluación de factores externos (EFE)

Factores Determinantes del Éxito	Peso	Calificación	Ponderación
Oportunidades			
1. Incentivos Salariales	0.05	2	0.1
2. Evaluación de desempeño de los funcionarios	0.03	1	0.03
3. Incorporación de patologías AUGE en APS	0.15	3	0.45
4. Capacitación del personal	0.08	4	0.32
5. Atención de paciente no beneficiario	0.1	1	0.1
6. Red asistencial	0.15	3	0.45
7. Tasa de Mortalidad Infantil	0.03	3	0.09
Amenazas			
1. Inequidad socioeconómica de los pacientes beneficiarios	0.05	2	0.1
2. Migración de los profesionales de los centros de salud	0.1	2	0.2
3. Cambios sociales y culturales de Valparaíso	0.01	2	0.02
4. Factor Tecnológico	0.03	3	0.09
5. Centralización administrativa del Área Salud	0.07	2	0.14
6. Deficit financiero de la Municipalidad de Valparaíso	0.15	1	0.15
Promedio	1		2.24

CALIFICACION 1-4
4= Muy importante
3= Importante
2= Poco importante
1= Nada importante

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 4-28, el total ponderado de la matriz EFE es 2,24 lo cual indica que el Área Salud está en condiciones de afrontar el medio ambiente de manera adecuada, utilizando las oportunidades para enfrentar las amenazas.

Los factores oportunidad más importantes son:

- Incorporación de las patologías AUGE a APS
- Red Asistencial
- Atención paciente no beneficiario

- Capacitación del personal
- Incentivos salariales

Los factores amenaza más importantes son:

- Déficit financiero de la Municipalidad de Valparaíso
- Centralización administrativa del Área Salud
- Migración de los profesionales de los centros de salud
- Inequidad socioeconómica de la población beneficiaria

4.1.9. Matriz Evaluación Factores Internos

La matriz EFI es una herramienta que se utiliza para determinar la posición estratégica interna, resume las fortalezas y debilidades de la unidad de información y determina la importancia relativa de cada una para el desempeño de la unidad de información. El procedimiento es el mismo que la matriz EFE, con la diferencia que las oportunidades y amenazas se reemplazan por las fortalezas y debilidades.

Tabla 4-29: Matriz de evaluación de factores internos (EFI)

Factores Determinantes de Éxito	Peso	Calificacion	Ponderacion
FORTALEZAS			
1. Cumpimiento de las metas sanitarias	0.15	4	0.6
2. Funcionarios motivados	0.07	3	0.21
3. Satisfacción usuaria	0.2	3	0.6
4. Estructura Organizacional	0.05	4	0.2
DEBILIDADES			
1. Contratos plazo fijo	0.01	1	0.01
2. Inamobilidad laboral	0.03	1	0.03
3. Control de Dotación	0.06	2	0.12
4. Estandarización y documentación de procesos	0.12	2	0.24
5. Gasto en personal	0.03	2	0.06
6. Situación Financiera del Area Salud	0.12	2	0.24
7. Flexibilidad y capacidad de adaptación a los sistemas de información	0.08	1	0.08
8. Deficiente gestión de capacitación del personal	0.05	2	0.1
9. Gestion de horas de atención disponibles	0.03	2	0.06
Total	1.00		2.55

CALIFICACION 1-4

4= Fortaleza Mayor
3= Fortaleza Menor
2= Debilidad Mayor
1= Debilidad Menor

Como se puede observar en la tabla 4-29, el total ponderado de la matriz EFI es 2.55, lo que cual indica que el Área Salud está en condiciones adecuadas de enfrentar el medio ambiente, utilizando las fortalezas para enfrentar las debilidades.

Los factores de Fortaleza más importantes son:

- Satisfacción usuaria
- Cumplimiento de las metas sanitarias

Los factores de Debilidad más importantes son:

- Estandarización y documentación de procesos
- Situación financiera del Área Salud
- Deficiente gestión de capacitación
- Control de Dotación

4.1.10. Matriz FODA

La herramienta FODA provee de los insumos necesarios para el proceso de planificación estratégica ya que proporciona información útil para la implantación de acciones, medidas correctivas y la generación de proyectos de mejora. El proceso de planificación estratégica se considera funcional cuando las debilidades se ven disminuidas, las fortalezas incrementadas, el impacto de las amenazas es considerado y atendido puntualmente y el aprovechamiento de las oportunidades es capitalizado en el alcance de los objetivos, la misión y visión de la organización.

Tabla 4-30: Matriz FODA

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	1. Cumplimiento de metas sanitarias	1. Estandarización y documentación de procesos
	2. Satisfacción usuaria	2. Situación financiera del área salud
		3. Deficiente gestión de capacitación
		4. Control de dotación
OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
1. Incorporación de patologías AUGE a APS	F1-O1: Realizar campañas de difusión de cartera de prestaciones de APS , incluyendo cobertura de patologías AUGE, a través de medios publicitarios .	D2-O3: Establecer sistema de cobro por atención de paciente no beneficiario para obtener fuentes de ingreso adicionales.
2. Existencia de una red asistencial	F1-F2-O5: Implementar un sistema de bonos de incentivo para retener a los profesionales	D3-D2-O4: Establecer convenios con universidades y centros de formación técnica para la gestión de capacitación y además obtener fuentes de ingreso adicionales a través del cobro por campo clínico.
3. Atención paciente no beneficiario	F1-F2-O4: Desarrollar un plan anual de capacitación con temáticas acorde a las necesidades de los funcionarios y mantener base de datos con información actualizada de los puntajes de capacitación de cada funcionario.	D4-O5: Establecer un control de dotación adecuado que permita contar con las horas de profesionales necesarias en cada centro de salud.
4. Capacitación del personal para carrera funcionaria	F1-O2: Potenciar la red asistencial a través de la definición de canales de comunicación entre los participantes de la red.	D1-O2: Estandarizar y documentar los procesos principales y de apoyo del área salud para contribuir a la eficiencia de la red asistencial de salud.
5. Incentivos salariales	F2-O1-O2: Conocer las necesidades de nuestros pacientes a los largo de la red asistencial	D1-O1: Asegurar la entrega de la cartera de prestaciones AUGE a los pacientes beneficiarios.
AMENAZAS	ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
1. Déficit financiero de la Municipalidad	F1-A1: Incentivar el cumplimiento de las metas sanitarias para aumentar y/o mantener el financiamiento per cápita.	D4-A2: Reforzar la dotación con personal idóneo para lograr eficiente gestión de los procesos administrativos y financieros en el área salud.
2. Centralización administrativa	F1-F2-A4: Potenciar el cumplimiento de las metas sanitarias para satisfacer las necesidades de salud de nuestros pacientes beneficiarios	D1-D2-A1-A3: Enfrentar la competencia mejorando la imagen del área salud
3. Migración de profesionales a otros centros de salud	F1-F2-A3: Asegurar bonos de cumplimiento de metas para evitar la migración de profesionales	D1-A2: Coordinar con el municipio y la administración central de la CORMUVAL la gestión administrativa del área salud.
4. Inequidad socioeconómica de la población beneficiaria		

Como se puede observar en la tabla 4-30, la herramienta FODA provee de los insumos necesarios para el proceso de planificación estratégica ya que proporciona información útil para la implantación de acciones, medidas correctivas y la generación de proyectos de mejora. El proceso de planificación estratégica se considera funcional cuando las debilidades se ven disminuidas, las fortalezas incrementadas, el impacto de las amenazas es considerado y atendido puntualmente y el aprovechamiento de las oportunidades es capitalizado en el alcance de los objetivos, la misión y visión de la organización.

En la matriz FODA se observan las estrategias FO, las cuales son ofensivas y se basan en el uso de las fortalezas internas de la organización con el propósito de aprovechar las oportunidades externas. Las estrategias de orientación DO que tienen por finalidad mejorar las debilidades internas, aprovechando las oportunidades externas. Las Estrategias FA que son defensivas y tratan de disminuir al mínimo el impacto de las amenazas del entorno y las enfrenta, valiéndose de las fortalezas que posee la organización. Y por último las estrategias DA cuyo propósito es combatir las amenazas y disminuir las debilidades.

4.1.11. Formulación de objetivos estratégicos, indicadores y metas

Una vez identificadas las estrategias emergentes en la matriz FODA, estas se combinan y se convierten en directrices o lineamientos estratégicos, los cuales nos permiten elaborar objetivos, los que son definidos como una situación a ser alcanzada, mediante la acción y el empleo de determinados recursos en un periodo determinado de tiempo, además de los indicadores y metas propuestas.

A continuación se describen los objetivos estratégicos del Área Salud:

i. Directriz 1: Fomento al desarrollo del capital humano (F1 F2O4- F1F2O5)

F1F2O4: Desarrollar plan anual de capacitación con temáticas acorde a las necesidades de los funcionarios y mantener una base de datos actualizada con los puntajes de capacitación de cada funcionario.

F1F2O5: Potenciar incentivos para retener a los profesionales y satisfacer las necesidades de salud de nuestros pacientes.

Perspectiva: Cliente

Objetivo Estratégico 1:

Satisfacer las necesidades de los clientes internos y externos del Área Salud de la CORMUVAL, para garantizar la retención de los profesionales y pacientes en los centros de salud.

Indicador 1: Grado de satisfacción de los pacientes	
Definición	Evalúa el nivel de satisfacción de los clientes según los atributos identificados en la propuesta de valor que son accesibilidad, entorno, información, trato, competencia profesional y oportunidad de la atención.

Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Para evaluar el cumplimiento de este indicador se utilizará encuestas de carácter personal y la información de la página web del SSVSA diseñada para que nuestros beneficiarios reclamen o feliciten.			
Periodicidad de medición	Semestral			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	90%	90%	90%	90%

Indicador 2: Grado de Satisfacción de los profesionales de la salud				
Definición	Evalúa el nivel de satisfacción de los profesionales de la salud, según los atributos especificados en la propuesta de valor (confort/entorno, información, trato personal, capacitación , remuneraciones, carrera funcionaria)			
Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Para evaluar el cumplimiento de este indicador se utilizarán encuestas de carácter personal.			
Periodicidad de medición	Semestral			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	90%	90%	90%	100%

Indicador 3: Retención del paciente				
Definición	Este indicador mostrará en términos relativos la tasa de retención de pacientes que mantiene el área salud			
Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Población inscrita en los centros de salud, Departamento de Estadística Área Salud			
Periodicidad de medición	Trimestral			
Cálculo	Divide el número de pacientes inscritos en los centros de salud del periodo actual por el número de pacientes inscritos en los centros de salud del periodo anterior $RC = \frac{\text{Pacientes del Periodo Actual}}{\text{Pacientes del Periodo Anterior}} * 100$			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	≥100%	≥100%	≥100%	≥100%

Indicador 4: Jornada medica PSF2	
Definición	Este indicador mostrará la relación existente entre el número de horas médicas actual por cada 10.000 y el número de horas medicas establecida según PSF2 que determina el número de horas medicas necesarias por cada 10.000 habitantes.
Unidad de Medida	Porcentaje
Medio de Verificación	Planilla de contratos, departamento de personal área salud.

Periodicidad de medición	Mensual			
Cálculo	Divide el número de horas medicas del periodo por el número de horas medicas establecida por el PSF2. $JPSF = \frac{N^{\circ} \text{ Horas medicas del periodo} * 100}{N^{\circ} \text{ Horas médicas según PSF2}}$			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	≥100%	≥100%	≥100%	≥100%

ii. Directriz: Generar instancias de ingresos propios (D2O3-D3D2O4)

D2O3: Establecer un sistema de cobros por atención de pacientes no beneficiarios para obtener fuentes de ingresos adicionales.

D3D2O4: Establecer convenios con las universidades y centro de formación técnica para la gestión de capacitación de funcionarios y además obtener fuentes de ingreso adicional por el cobro del campo clínico.

Perspectiva: Financiera

Objetivo Estratégico 2:

Incrementar la magnitud de los ingresos propios, desarrollando un sistema de cobro a pacientes no beneficiarios y cobro por campo clínico que represente al menos un 5% de los ingresos totales del año.

Indicador 5: Ingresos por fuentes adicionales				
Definición	Refleja el porcentaje de nuevos ingresos producto del cobro por prestación a paciente no beneficiario y cobro por campo clínico.			
Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Estado de resultados Área Salud – Departamento de finanzas CORMUVAL			
Periodicidad de medición	Semestral			
Calculo	Divide los ingresos obtenidos por fuentes adicionales por el total de los ingresos del área salud. $IFA = \frac{\text{Ingresos por fuentes adicionales}}{\text{Ingresos Totales}}$			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	≥5%	≥5%	≥5%	≥5%

iii. Directriz: Incrementar eficiencia gestión municipal (D1D2A1A3-D1A2-D4A2)

D1D2A1A3: Enfrentar a la competencia mejorando la imagen del área salud

D1A2: Coordinar con el municipio y la administración central de la CORMUVAL una eficiente gestión administrativa y financiera

D4A2: Reforzar la dotación con personal idóneo para lograr eficiente gestión de los procesos administrativos y financieros del área salud.

Perspectiva: Financiera

Objetivo Estratégico 3:

Incrementar el beneficio de la organización mejorando la capacidad que posee el área salud de cubrir con recursos estables en el tiempo el 100% de los gastos necesarios para su funcionamiento a través del desarrollo de procedimientos de control de fuentes de ingresos y gastos.

Indicador 6: Situación Operacional				
Definición	Mide la capacidad que posee el área salud para cubrir con recursos estables en el tiempo los gastos corrientes necesarios para el funcionamiento del área.			
Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Estado de resultados Área Salud – Departamento de finanzas CORMUVAL			
Periodicidad de medición	Semestral			
Calculo	Divide la sumatoria de los ingresos permanentes más los ingresos por fuentes adicionales por la sumatoria de los gastos de operación y de personal. $SO = \frac{\text{Ingresos PC} + \text{Ingresos por fuentes adicionales}}{\text{Gastos de operación} + \text{Gastos de personal}}$			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	≥100%	≥ 100%	≥100%	≥100%

iv. **Directriz: Mejora de procesos clave (D1O2-D4O5)**

D1O2: Estandarizar y documentar procesos principales y de apoyo del área salud para contribuir con la eficiencia de la red asistencial de salud.

D1O1: Asegurar la integración y entrega de cartera de prestaciones AUGE a APS

Perspectiva: Procesos Internos

Objetivo Estratégico 4:

Rediseñar, documentar y estandarizar el 100% de los procesos estratégicos del área para poder cuantificar las mejoras efectivas de los procesos definidos en la cadena de valor.

Indicador 7: Porcentaje de procesos con mejoras efectivas	
Definición	Este indicador evaluara el número de procesos estratégicos con mejoras efectivas respecto del total de procesos definidos en la cadena de valor.
Unidad de Medida	Porcentaje
Medio de Verificación	Informe – Unidad de gestión de procesos administrativos CORMUVAL
Periodicidad de medición	Semestral

Calculo	Divide el número de procesos definidos en la cadena de valor con mejoras efectivas por el total de procesos. $\text{OME} = \frac{\text{Numero de procesos con mejoras efectivas}}{\text{Total de procesos definidos en cadena de valor}} * 100$			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	100%	100%	100%	100%

v. **Directriz: Fomentar eficiente práctica clínica (F1F2A4-F1A1)**

F1F2A4: Potenciar el cumplimiento de las metas sanitarias para entregar atención de calidad a nuestros pacientes beneficiarios.

F1A1: Promover el cumplimiento de las metas sanitarias para mantener y/o aumentar el financiamiento per cápita.

Perspectiva: Procesos Internos

Objetivo Estratégico 5:

Gestionar eficiente práctica clínica en los centros de atención primaria a través de la protocolización de todas las prestaciones, lo cual nos permite asegurar el cumplimiento del 95 % las metas sanitarias.

Indicador 8: Prestaciones protocolizadas				
Definición	Este indicador evaluara el número de prestaciones protocolizadas de acuerdo a inventario determinado por la dirección del área salud.			
Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Informes técnicos – Unidad técnica y programática del área salud.			
Periodicidad de medición	Semestral			
Calculo	Divide el número de prestaciones protocolizadas por el total de prestaciones a protocolizar. $\text{PP} = \frac{\text{Numero de prestaciones protocolizadas}}{\text{Total de prestaciones a protocolizar}} * 100$			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	100%	100%	100%	100%

Indicador 9: Indicador de Actividad General				
Definición	Este indicador permite medir el cumplimiento de las prestaciones de salud relacionadas con los componentes de actividad general en los cortes establecidos.			
Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Informes estadísticos REM, Unidad de estadística área salud			
Periodicidad de medición	Trimestral			
Calculo	Divide el número de prestaciones de actividad general programadas para el periodo por el número de prestaciones realizadas en el mismo periodo. $\text{AG} = \frac{\text{Numero de prestaciones actividad general programadas}}{\text{Total de prestaciones realizadas en el mismo periodo}} * 100$			

Número de prestaciones actividad general realizadas					
Meta	Marzo	Junio	Agosto	Octubre	Diciembre
	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
Indicador 10: Indicador de actividad continuidad de la atención					
Definición	Este indicador permite verificar el funcionamiento de los centros de salud en la extensión horaria.				
Unidad de Medida	Porcentaje				
Medio de Verificación	Informes estadísticos REM, Unidad de estadística área salud				
Periodicidad de medición	Semestral				
Calculo	<p>Divide el número de establecimientos con continuidad de la atención por el total de establecimientos del área salud.</p> $IAC = \left(\frac{\text{Número de establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábado de 09:00 a 13:00 horas}}{\text{Número total de establecimientos}} \right) * 100$				
Meta	Marzo	Junio	Agosto	Octubre	Diciembre
	100%	100%	100%	100%	100%

Indicador 11: Cumplimiento de las garantías explícitas de salud (GES)					
Definición	Este indicador permite medir el cumplimiento de las prestaciones de salud relacionadas con los componentes de garantías explícitas de salud (GES).				
Unidad de Medida	Porcentaje				
Medio de Verificación	Informes estadísticos REM, Unidad de estadística área salud				
Periodicidad de medición	Trimestral				
Calculo	<p>Divide el número de casos GES atendidos con garantía cumplida por el total de casos GES atendidos.</p> $CGES = \left(\frac{\text{Número de casos GES atendidos en APS con garantía cumplida}}{\text{Número total de casos GES atendidos en APS}} \right) * 100$				
Meta	Marzo	Junio	Agosto	Octubre	Diciembre
	100%	100%	100%	100%	100%
Indicador 12: Indicador cumplimiento ley 19.813					
Definición	Este indicador permite medir mejoramiento de la atención				
Unidad de Medida	Porcentaje				
Medio de Verificación	Informes estadísticos REM, Unidad de estadística área salud				
Periodicidad de medición	Semestral				
Calculo	Divide la cantidad de actividades realizadas y en desarrollo respecto de la totalidad de las				

	actividades proyectadas. $IL = \left(\frac{\text{Número de actividades realizadas y en desarrollo}}{\text{Total de actividades proyectadas}} \right) * 100$				
Meta	Marzo	Junio	Agosto	Octubre	Diciembre
	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%

vi. **Directriz: Conocer a nuestros pacientes (F2O1O2-F1O1-F1O2)**

F2O1O2: Conocer las necesidades de nuestros pacientes a lo largo de la red asistencial

F1O1: Realizar campañas de difusión de la cartera de prestaciones de APS, incluyendo cobertura de patologías AUGE, a través de medios publicitarios.

F1O2: Potenciar la red asistencial a través de la definición de canales de comunicación entre los participantes de la red.

Perspectiva: Procesos Internos

Objetivo Estratégico 6:

Desarrollar un plan de comunicación hacia los grupos de interés que participan como contribuyentes y/o consumidores de las prestaciones de salud para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes a través de una atención de calidad.

Indicador 12: Conocimiento prestaciones APS				
Definición	Este indicador evaluara el grado de conocimiento de la cartera de servicios de APS por parte de nuestros pacientes beneficiarios.			
Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Encuestas semestrales realizadas en los centros de salud			
Periodicidad de medición	Semestral			
Calculo	Divide el número de pacientes que conocen los servicios de APS por el total de los pacientes inscritos en los centros de salud. $CAPS = \frac{\text{Número de pacientes que conocen los servicios de APS}}{\text{Total de pacientes encuestados}} * 100$			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%

Indicador 13: Calificación de calidad dada por los pacientes	
Definición	Este indicador evaluara la calificación de calidad que los pacientes le dan a una serie de atributos de calidad descritos en la propuesta de valor.
Unidad de Medida	Porcentaje
Medio de Verificación	Encuestas semestrales realizadas en los centros de salud
Periodicidad de medición	Semestral
Calculo	Divide el número de pacientes que evalúan atributos de calidad por el número total de encuestados. $CC = (\text{Número de pacientes que califican atributos de calidad}) * 100$ Número total de pacientes encuestados

Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
		≥80%	≥80%	≥80%

vii. **Directriz: Incentivar comunicación objetivos institucionales (F1O1-F1O2)**

F1O1: Realizar campañas de difusión de cartera de servicios

F1O2: Potenciar red asistencial a través de la definición de canales de comunicación

Perspectiva: Aprendizaje y crecimiento

Objetivo Estratégico 7:

Asegurar que todos los funcionarios entiendan las prioridades estratégicas del área salud para favorecer el trabajo en equipo y el cumplimiento de las metas de la organización.

Indicador 14: Prioridades estratégicas				
Definición	Este indicador evaluara el porcentaje de funcionarios que conocen las prioridades estratégicas de la organización.			
Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Informes realizados por los directores de cada centro de salud.			
Periodicidad de medición	Semestral			
Calculo	Divide el número de profesionales que entienden las prioridades estratégicas por el total de los funcionarios de cada centro de salud. $FCPE = \frac{\text{Numero de funcionarios que conocen objetivos institucionales}}{\text{Total de funcionarios}} * 100$			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	100%	100%	100%	100%

viii. **Directriz: Incrementar eficiencia gestión municipal (D1D2A1A3-D1A2-D4A2)**

D1D2A1A3: Enfrentar a la competencia mejorando la imagen del área salud

D1A2: Coordinar con el municipio y la administración central de la CORMUVAL una eficiente gestión administrativa y financiera

D4A2: Reforzar la dotación con personal idóneo para lograr eficiente gestión de los procesos administrativos y financieros del área salud.

Perspectiva: Aprendizaje y crecimiento

Objetivo Estratégico 8: Incorporar, mantener y desarrollar puestos estratégicos en el área salud para el eficiente desarrollo de los procesos clave.

Indicador 15: Puestos estratégicos	
Definición	Este indicador evaluara el grado de disponibilidad de capital humano para los puestos estratégicos identificados desde el siguiente nivel de competencia habilidad, capacitación, valores.

Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Informes realizados por la dirección del Área salud			
Periodicidad de medición	Semestral			
Calculo	Divide el número de profesionales calificados con competencias por el número de puestos estratégicos en la organización $DCH = \frac{\text{Número de profesionales con competencias}}{\text{Total de puestos estratégicos identificados}} * 100$			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	80%	90%	90%	90%

Objetivo Estratégico 9:

Desarrollar liderazgo orientado a la excelencia en el servicio y la administración superior para contar con personal idóneo en los puestos directivos.

Indicador 16: Directivos capacitados				
Definición	Este indicador medirá el porcentaje de directivos capacitados en excelencia del servicio y administración del cambio.			
Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Informes realizados por la dirección del área salud.			
Periodicidad de medición	Semestral			
Calculo	Divide el número de directivos capacitados en el periodo por el total de directivos en puestos estratégicos. $CDL = \frac{\text{Numero de directivos capacitados}}{\text{Total de puestos estratégicos identificados}} * 100$			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	80%	90%	90%	90%

Indicador 17: Medición de liderazgo				
Definición	Este indicador evaluara el grado de consecuencia de los objetivos estratégicos formulados.			
Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Informes realizados por la dirección del área salud.			
Periodicidad de medición	Anual			
Calculo	Divide el número de profesionales que cumplen los objetivos estratégicos por el total de profesionales proyectados a cumplir. $CDL = \frac{\text{Número de profesionales que cumplen objetivos estratégicos planteados}}{\text{Total de profesionales proyectados a cumplir}} * 100$			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4

	80%	90%	90%	90%
--	-----	-----	-----	-----

ix. Directriz: Propiciar favorable entorno laboral (D4D2A3-D4A2)

D4D2A3: Enfrentar a la competencia mejorando la imagen del área salud

D4A2: Reforzar la dotación con personal idóneo

Perspectiva: Aprendizaje y crecimiento

Objetivo Estratégico 18:

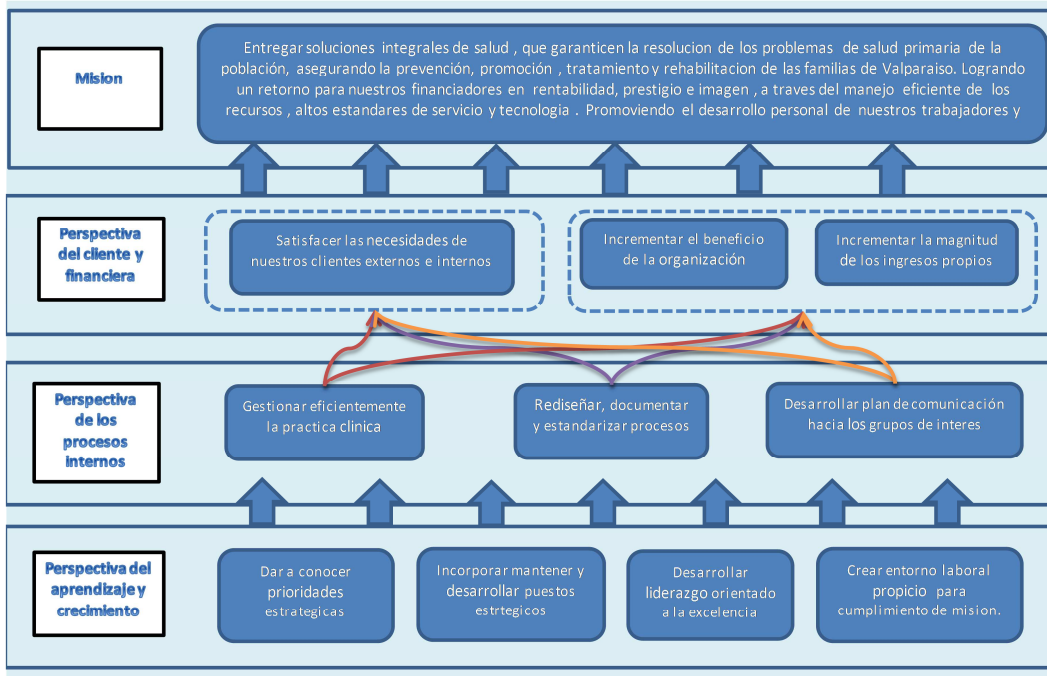
Crear un entorno laboral propicio para favorecer el compromiso de los funcionarios con la misión institucional.

Indicador 18 : Clima Organizacional				
Definición	Este indicador evaluará el panorama general acerca del clima organizacional, el que entregará información relevante para la toma de decisiones, las variables a medir son reconocimiento de la carrera funcionaria, motivación laboral, relación entre compañeros, espacios de trabajo.			
Unidad de Medida	Porcentaje			
Medio de Verificación	Encuestas realizadas por la dirección de los centros de salud			
Periodicidad de medición	Semestral			
Meta	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
	90% conforme	90% conforme	90% Conforme	90%

4.2. Mapa estratégico

Una vez formulado los objetivos estratégicos se procede en este punto a justificar las relaciones de causa y efecto del Cuadro de Mando Integral a través del mapa estratégico formulado (Ilustración 4.40) y la historia de la estrategia.

Ilustración 4-34: Mapa Estratégico del Área Salud



Fuente: Elaboración Propia

4.2.1. Creación de valor

El éxito del Área Salud se expresará por medio del cumplimiento de su misión, la cual se alcanzará por medio del cumplimiento de los objetivos planteados en la perspectiva del cliente y la financiera, las que se centran principalmente en dos palancas estratégicas, la primera orientada hacia satisfacer las necesidades de nuestros clientes ya sea pacientes beneficiarios como profesionales de la salud y financiadores. La segunda guarda relación con el uso eficiente de los recursos, control financiero, desarrollo de una estructura de costos competitiva y el incremento del beneficio de la organización.

4.2.1.1. Estrategia de productividad

El incremento del beneficio de la organización y de los ingresos propios, como una de las primeras palancas estratégicas, se conseguirá a través del cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Rediseñar procesos estratégicos
- Gestión de la práctica clínica
- Desarrollar un plan de comunicación hacia los grupos de interés

El rediseño, documentación y estandarización de los procesos principales y de apoyo del área salud, representan por un lado una reducción importante de las actividades que no agregan valor al servicio. Por otro lado la documentación y estandarización de los procesos contribuye al uso eficiente de los recursos, ahorro en gastos administrativos y además facilita el control financiero. Las actividades a considerar son aquellas que guardan relación con el ciclo del paciente desarrolladas principalmente en los centros de salud y los procesos de apoyo que se llevan a cabo en el área central salud.

La gestión de la práctica clínica, como objetivo responsabiliza a los profesionales de la salud, en la eficiente utilización de los recursos para la mejor atención de los pacientes, lo cual se logra a través de una eficiente planificación y programación de la cartera de servicios de APS.

Desarrollar un plan de comunicación hacia los grupos de interés incluye como estrategia rediseñar redes a través de herramientas normativas que aumenten la eficiencia y eficacia de la resolución de los problemas de salud, resolver patologías de salud de mayor prevalencia mejorando la oportunidad y equidad de los pacientes beneficiarios.

4.2.1.2. Estrategias de crecimiento

El incremento de la magnitud de los ingresos propios se conseguirá a través del cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Gestionar la práctica clínica
- Rediseño y documentación de procesos

El incremento de la magnitud de los ingresos propios incluye como estrategia establecer un sistema de cobros por atención de pacientes no beneficiarios por prestaciones como cirugía menor, atención de urgencia, atención domiciliaria, entrega de lentes y audífonos, programas preventivos, mamografías, etc. Todos los servicios anteriores, buscan como objetivo ofrecer servicios al mejor precio que logren atraer a pacientes no beneficiarios. Para poder atender a pacientes no beneficiarios una eficiente gestión de la práctica clínica es fundamental. El conocimiento de nuestros pacientes como objetivo

permite enfocarse en el diseño o desarrollo de prestaciones a la medida, que se ajusten a las reales necesidades de APS de la población, lo que nos permite diferenciarnos y atraer a pacientes beneficiarios y no beneficiarios.

También incluye establecer convenios con universidades y centros de formación técnica para la gestión de capacitación de los funcionarios y el cobro por campo clínico, para lo cual la documentación y estandarización de procesos es fundamental, especialmente para poder conocer las temáticas de capacitación y saber determinar la necesidad de campo clínico.

4.2.1.3. Propuesta de valor para nuestros clientes

La segunda palanca estratégica del área salud consiste en satisfacer las necesidades de nuestros clientes, aumentar la lealtad de nuestros pacientes e incentivar a los profesionales a desarrollar su profesión en APS, a través de la siguiente propuesta de valor.

En nuestro Cuadro de mando integral podemos identificar 3 tipos de clientes los cuales estarán asociados a estrategias diferentes: Para cada uno de ellos se han formulado objetivos estratégicos específicos que se mencionan a continuación. Es importante destacar que estos tres tipos de clientes son causa para el logro de los objetivos financieros.

- **Pacientes:** la primera es cubrir las necesidades de salud primaria de nuestros pacientes, lo que se hace presente a través de la satisfacción que experimente el paciente de acuerdo a una serie de atributos expuestos anteriormente en la definición del objetivo: accesibilidad, confort/entorno, información, trato personal, competencia profesional y oportunidad en la atención. Esta propuesta de valor tiene como causa el objetivo de la perspectiva de los procesos que se refiere a gestionar eficientemente la práctica clínica. También deberá articular las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo propuesto. En segundo lugar nos mostrará el grado de retención y la incorporación o inscripción de nuevos pacientes a nuestros centros de salud primaria, debido a la calidad percibida y a la satisfacción por el servicio recibido. Este objetivo tiene como causa el proceso interno desarrollar un plan de comunicación para los grupos de interés a través de la creación de herramientas normativas que aumenten la eficiencia y la eficacia de la red asistencial.
- **Profesionales de la salud:** la propuesta de valor para los profesionales de salud, especialmente para los médicos se expresa en el objetivo estratégico satisfacer las necesidades de nuestros clientes externos e internos. a través de la entrega de una experiencia superior, el que se sustenta en el grado de satisfacción que experimenten los profesionales de salud de acuerdo a los siguientes atributos: excelencia clínica, disponibilidad de infraestructura y gestión de remuneraciones. Para conseguir estos objetivos los procesos internos a gestionar son la gestión de la práctica clínica y rediseño, documentación y estandarización de operaciones para conseguir eficiencia y eficacia y contra con recursos para ofrecer remuneraciones acorde al mercado.

- **Financiadores o donantes:** para estos clientes la propuesta de valor incluye satisfacer las necesidades de nuestros financiadores o donantes específicamente el SSVSA y el MINSAL. Los procesos internos causa de esta propuesta de valor son: re ingeniería, documentación y estandarización de los procesos que contribuyen al uso eficiente de los recursos y posterior rendición de estos recursos a los organismos financiadores. Gestión de la práctica clínica que busca situar al área salud en un contexto de producción empresarial, para poder conocer y comprender que es lo que se produce y como se puede medir. Para ello se introducen elementos de gestión y control para lograr el equilibrio y asegurar el cumplimiento de los objetivos sanitarios. Desarrollar programas de reforzamiento busca mejorar la resolutiveidad de la cartera de servicios de APS, lo cual contribuye a la satisfacción de nuestros financiadores o donantes, que también cumplen función de ente regulador.

Para poder sustentar los procesos internos que sostiene la propuesta de valor a nuestros clientes y alcanzar el objetivo financiero y nuestra misión, hemos consensado que se deben desarrollar los siguientes objetivos de la perspectiva de crecimiento y aprendizaje:

- **Incorporar, mantener y desarrollar puestos estratégicos:** con este objetivo se pretende contar con cargos y puestos de trabajo en el que las funciones que se realicen, apunten hacia el cumplimiento de la propuesta de valor a los clientes y al cumplimiento de nuestra misión a través del eficiente desarrollo de los procesos especificados en la cadena de valor del área salud. Para lograr este objetivo es necesario implementar un sistema de reclutamiento y selección, definir perfiles de cargo, descripción de cargos y funciones.
- **Desarrollar liderazgo orientado a la excelencia en el servicio y la administración del cambio:** con este objetivo se pretende que los jefes de servicios como también los directores de los centros de salud estén capacitados en liderazgo y administración del cambio. La idea es que estos puedan liderar su equipo de trabajo, crear sinergias y identificar y responsabilizar a cada funcionario en su rol dentro del ciclo de la prestación de servicios. Para lograr este objetivo es necesario que la unidad de capacitación se preocupe de forma prioritaria en gestionar cursos de capacitación de este tipo a los jefes de servicio y directores de los centros de salud.
- **Asegurarse de que todos los empleados entiendan la estrategia:** con el cumplimiento de este objetivo se pretende que todos los funcionarios del área salud entiendan los objetivos organizacionales y cuál es la estrategia que se debe seguir para cumplir con la misión. Para ello es necesario la retroalimentación de la estrategia a partir de los jefes de servicio y directores de los centros de salud, a través de reuniones de planificación, trabajo en equipo, material de difusión etc.
- **Crear un entorno laboral propicio para el compromiso del trabajador con la misión del área salud:** la satisfacción de los funcionarios es fundamental para el

cumplimiento de nuestra propuesta de valor y de la misión organizacional. Para ello se hace indispensable reconocer de manera eficiente la carrera funcionaria en lo que concierne a capacitación de personal y mantener una base de datos actualizados que permita asegurar el nivel que le corresponde a cada funcionario. Para asegurar las capacitaciones se hace necesario establecer alianzas estratégicas con organizaciones externas que permitan contar con una oferta de cursos más diversificada y dar la cobertura necesaria.

4.3. Plan Operativo

Tabla 30: Perspectiva del cliente

Objetivos Estrategicos	Estrategias	Actividades	Responsables	Indicadores	Metas			
					Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Satisfacer las necesidades de nuestros clientes externos e internos	Potenciar los incentivos para retener a los profesionales y satisfacer las necesidades de nuestros pacientes	*Diseñar y llevar a la practica encuestas de satisfacción usuaria , utilizar los resultados para tomar acciones en base a las necesidades detectadas *Difundir información en un formato útil para los distintos niveles de toma de decisiones * Crear y mantener actualizada base de datos con los puntajes de capacitación de los funcionarios. * Diseñar y llevar a la practica encuestas a los funcionarios para determinar las temáticas de capacitación. * Elaborar y llevar a cabo acciones y/o medidas que faciliten el logro de entornos físicos y sociales adecuados * Crear planilla para controlar el cumplimiento de las metas sanitarias por centro de salud. * Instalar en los centros de salud circuito de TV cerrado donde se den a conocer al publico la cartera de prestaciones de APS	*Dirección del Área Salud *Directores de los centros de salud	Grado de Satisfacción de pacientes	90%	90%	90%	90%
				Grado de satisfacción de los profesionales	90%	90%	90%	90%
				Retención del paciente	≥100%	≥100%	≥100%	≥100%
				Dotación PSF2	≥100%	≥100%	≥100%	≥100%

Tabla 31: Perspectiva Financiera

Objetivos Estetegicos	Estrategias	Actividades	Responsables	Indicadores	Metas			
					Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Incrementar la magnitud de los ingresos propios, desarrollando un sistema de cobro a paciente no beneficiario y cobro por campo clínico que represente al menos el 5% de los ingresos del área salud.	<ul style="list-style-type: none"> *Establecer sistema de cobro por atención de paciente no beneficiario para obtener fuentes de ingresos adicionales. *Establecer convenios con universidades y centros de formación técnica para la gestión de capacitación y cobro por campo clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> *Identificar socios potenciales y otros actores que participen en el desarrollo de nuevas fuentes de financiamiento. *Formular y ejecutar un programa de trabajo en torno a la forja de alianzas estratégicas y su desarrollo. * Valorizar la canasta de prestaciones y campos clínicos. *Diseñar e implementar sistema de cobros por nuevos servicios. 	*Dirección del Área Salud	Ingresos por fuentes adicionales	≥5%	≥5%	≥5%	≥5%
Incrementar el beneficio de la organización mejorando la capacidad que posee el área salud de cubrir con recursos estables en el tiempo la totalidad de los gastos necesario para su funcionamiento.	<ul style="list-style-type: none"> *Enfrentar a la competencia mejorando la imagen del área salud * Reforzar a la dotación con personal idóneo para lograr eficiente gestión de procesos administrativos y financieros. 	<ul style="list-style-type: none"> *Diseñar y llevar a la practica herramientas que contribuyan al seguimiento y control de los ingresos y gastos del área. *Contratar profesionales con las competencias necesaria para poder llevar a cabo la gestión y control financiera del área salud 	*Dirección del Área Salud	Situación Operacional	≥100%	≥100%	≥100%	≥100%

Tabla 32: Perspectiva de los procesos internos

Objetivos Estéticos	Estrategias	Actividades	Responsables	Indicadores	Metas			
					Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Gestionar eficientemente la practica clínica	Planificar y programar eficientemente las prestaciones de la canasta básica de APS, incentivando y potenciando el cumplimiento de las metas sanitarias	<ul style="list-style-type: none"> * Diseñar pautas y protocolos que respalden el cumplimiento de la canasta básica de prestaciones. *Elaborar guías para la creación y control de indicadores de metas sanitarias. *Elaborar planes y protocolos para la programación de las prestaciones *Estandarizar procesos involucrados en la atención al paciente 	Director del Área Salud y Jefe técnico	Prestaciones Protocolizadas	100%	100%	100%	100%
				Indicador de Actividad General	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
				Indicador Continuidad de la atención	100%	100%	100%	100%
				Cumplimiento garantías explícitas en salud	100%	100%	100%	100%
				Cumplimiento ley 19.813	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
Rediseñar , documentar y estandarizar los procesos	Estandarizar procesos estratégicos que contribuyen a la eficiencia de la red asistencial	<ul style="list-style-type: none"> * Actualizar , socializar, aplicar y evaluar mejoras en procesos técnicos y administrativos * Documentar y estandarizar procesos definidos en la cadena de valor con las mejoras efectivas 	Director Área Salud y Jefe técnico / administrativo	Procesos con mejoras efectivas	100%	100%	100%	100%
Desarrollar un plan de comunicación hacia los grupos de interés para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes a través de una atención de calidad	<ul style="list-style-type: none"> * Potenciar la red asistencial a través de la definición de canales de comunicación entre los participantes de la red. * Conocer las necesidades de nuestros pacientes a lo largo de la red asistencial *Realizar campañas de difusión de la cartera de prestaciones de APS , incluyendo cobertura de patologías AUGÉ a través de medios publicitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> * Definir responsables de los distintos procesos a lo largo de la red * Definir e implementar canales de comunicación con los responsables de los procesos a lo largo de la red *Diseñar y llevar a la practica encuestas de calidad en la atención. *Implementar circuito de tv cerrada en los centros de salud donde se de a conocer la cartera de prestaciones , responsables de cada proceso a lo largo de la red , en caso de algún inconveniente indicar al paciente donde debe dirigirse y con quien debe comunicarse 	Director del Área Salud y Jefe técnico	Conocimiento de las prestaciones de APS	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
				Calificación de calidad dada por los pacientes	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%

Tabla 33: Perspectiva del aprendizaje y crecimiento

Objetivos Estéticos	Estrategias	Actividades	Responsables	Indicadores	Metas			
					Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Asegurar que todos los funcionarios entiendan las prioridades estratégicas	*Conocer a nuestros pacientes y comunicar a todos los funcionarios las prioridades estratégicas	*Implementar proceso y plan de comunicación en el área salud. *Difundir información de las prioridades estratégica en las reuniones de gestión en cada centro de salud	Director Área Salud, jefe técnico, directores de los centros de salud.	Prioridades estratégicas	100%	100%	100%	100%
Incorporar, mantener y desarrollar puestos estratégicos	*Disponer de capital humano competente para los puestos estratégicos.	*Implementar un sistema de reclutamiento y selección efectivo. * Definir perfiles y descripción para cada cargo * Implementar y realizar inducción a las nuevas contrataciones	Director Área Salud, jefe técnico, directores de los centros de salud.	Puestos estratégicos	80%	90%	100%	100%
Desarrollar liderazgo orientado a la excelencia	Capacitar a los directivos en liderazgo y administración del cambio	* Impulsar y llevar a cabo capacitación directiva. * Formular y ejecutar acciones para la capacitación continua de los directivos.	Director Area Salud, jefe tecnico, directores de los centros de salud.	Directivos capacitados	80%	90%	100%	100%
				Medición de liderazgo	80%	90%	100%	100%
Crear un entorno laboral propicio para favorecer compromiso con la misión institucional	Asegurar reconocimiento de los funcionarios y espacios de trabajo adecuados	*Diseñar y llevar a la practica un sistema y control de la carrera funcionaria * Ejecutar eficientemente proyectos de mejoramiento de infraestructura	Director Area Salud, jefe tecnico, directores de los centros de salud.	Clima Organizacional	90%	90%	90%	90%

5. Conclusiones

A partir de lo expuesto en los anteriores apartados, podemos plantear las siguientes conclusiones. Primeramente entendemos que hay diferencias significativas entre los entornos público y privado, resultando que algunas herramientas de gestión presentes en este ámbito no son aplicables en aquél. Asimismo, determinadas prácticas del sector privado, cuando son utilizadas en el público, deben ser precedidas de adaptaciones que tengan en cuenta esas diferencias. Así pues, en nuestra opinión, es plausible la aplicación de un modelo de gestión estratégica del tipo Cuadro de Mando Integral a las organizaciones pertenecientes al sector público con las debidas adecuaciones.

El modelo CMI propuesto presenta, pues, las siguientes características que permiten su aplicación al área salud de la CORMUVAL, que es una organización sin fines de lucro que administra fondos públicos.

- 1) Las perspectivas originales del CMI son contempladas desde otro prisma cuando se aplican al sector público, cambiándose los conceptos de manera que se adapten a las necesidades de estas organizaciones.
- 2) Se resalta la Misión como fundamento del modelo, siendo esencial para las organizaciones del sector público.
- 3) Las formulaciones estratégicas se deben hacer teniendo como foco principal el cliente ya sea el paciente, profesionales de la salud o entidades financiadoras y/o reguladoras.
- 4) La calidad de la atención es el principal atributo de la propuesta de valor para los distintos tipos de clientes, con una eficiente contención de los costos. Lo anterior permite la fidelización
- 5) El Cuadro de Mando Integral es el modelo que el área salud ha elegido para su control de gestión estratégica. Ya que permite visualizar su estrategia a través de objetivos estratégicos y establece una serie de indicadores y metas para su control.
- 6) El mapa estratégico permite que toda la organización conozca en forma clara cuales son los objetivos estratégicos que se deben alcanzar.
- 7) La eficiencia y eficacia de los procesos definidos en la cadena de valor del área salud garantizan la consecución de los objetivos tanto a nivel de la perspectiva del cliente como de la financiera.
- 8) La gestión de clientes es fundamental en la actualidad, ya que de esta forma se puede conocer y anticipar sus necesidades de salud y de información.













































- 9) La implantación del CMI solamente alcanzará el éxito si el área salud de la CORMUVAL, se dedica al desarrollo de un plan estratégico coherentes con su misión legal e institucional, resultando inoperante si se desvincula de sus metas y objetivos.













































Anexo 1: Indicadores Sanitarios













































Chile se encuentra en una situación de privilegio en cuanto a indicadores sanitarios se refiere. El siguiente cuadro muestra la situación del país en el indicador de mortalidad en la niñez dentro de América.

1. Chile (Comparado con otros países en Región para las Américas de la OMS)

Posición	País	Tasa de mortalidad infantil (muertes/1000 nacimientos normales)	
1	Angola	180.21	
2	Sierra Leona	154.43	
3	Afganistán	151.95	
4	Liberia	138.24	
5	Níger	116.66	
6	Somalia	109.19	
7	Mozambique	105.8	
8	Malí	102.05	
9	Zambia	101.2	
10	Guinea-Bissau	99.82	
11	Chad	98.69	
12	Yibuti	97.51	
13	Nigeria	94.35	
14	Malawi	89.05	
15	Burkina Faso	84.49	
16	Sudán	82.43	
17	Ruanda	81.61	
18	Guinea Ecuatorial	81.58	
19	República Democrática del Congo	81.21	
20	Etiopía	80.8	
21	República Centroafricana	80.62	
22	Congo	79.78	
23	Laos	77.82	
24	Lesoto	77.4	
25	Sáhara Occidental	69.66	
26	Tanzania	69.28	
27	Suazilandia	68.63	
28	Costa de Marfil	68.06	
29	Gambia	67.33	
30	Comoras	66.57	
31	Guinea	65.22	
32	Pakistán	65.14	
33	Uganda	64.82	

34	Benín	64.64	
35	Mauritania	63.42	
36	Camerún	63.34	
37	Haití	59.69	
38	Burundi	59.64	
39	Bangladesh	59.02	
40	Senegal	58.94	
41	Mayotte	56.29	
42	Togo	56.24	
43	Camboya	54.79	
44	Kenia	54.7	
45	Yemen	54.7	
46	Azerbaiyán	54.6	
47	Madagascar	54.2	
48	Gabón	51.78	
49	Corea del Norte	51.34	
50	Ghana	51.09	
51	Vanuatu	49.45	
52	Bután	49.36	
53	Birmania; Myanmar	47.61	
54	Nepal	47.46	
55	Namibia	45.51	
56	Turkmenistán	45.36	
57	Papúa-Nueva Guinea	45.23	
58	Bolivia	44.66	
59	Sudáfrica	44.42	
60	Iraq	43.82	
61	Kiribati	43.48	
62	Eritrea	43.33	
63	Cabo Verde	41.35	
64	Tayikistán	41.03	
65	Timor Oriental	40.65	
66	Mongolia	39.88	
67	Santo Tomé y Príncipe	37.12	
68	Marruecos	36.88	
69	Irán	35.78	
70	Zimbabue	32.31	
71	Kirguizistán	31.26	
72	India	30.15	
73	Indonesia	29.97	
74	Trinidad y Tobago	29.93	
75	Guyana	29.65	
76	Maldivas	29.53	
77	Perú	28.62	

78	Guatemala	27.84	
79	Argelia	27.73	
80	Egipto	27.26	
81	Micronesia	26.1	
82	República Dominicana	25.96	
83	Siria	25.87	
84	Turquía	25.78	
85	Kazajistán	25.73	
86	Islas Marshall	25.45	
87	Nicaragua	25.02	
88	Paraguay	24.68	
89	Samoa	24.22	
90	Honduras	24.03	
91	Uzbekistán	23.43	
92	Bahamas	23.17	
93	Belice	23.07	
94	Rumania	22.9	
95	Vietnam	22.88	
96	Brasil	22.58	
97	Túnez	22.57	
98	Líbano	21.82	
99	Venezuela	21.54	
100	El Salvador	21.52	
101	Libia	21.05	
102	Ecuador	20.9	
103	Filipinas	20.56	
104	China	20.25	
105	Armenia	20.21	
106	Islas Salomón	19.03	
107	Colombia	18.9	
108	Surinam	18.81	
109	Albania	18.62	
110	Sri Lanka	18.57	
111	Tuvalu	18.43	
112	México	18.42	
113	Gaza Strip	18.35	
114	Bulgaria	17.87	
115	Tailandia	17.63	
116	Santa Helena	17.63	
117	Islas Cook	16.9	
118	Omán	16.88	
119	Antigua y Barbuda	16.25	
120	Georgia	16.22	
121	Montserrat	16.08	

122	West Bank	15.96	
123	Malasia	15.87	
124	Bahr�in	15.25	
125	Jamaica	15.22	
126	San Vicente y las Granadinas	15.14	
127	Jordania	14.97	
128	Islas Vírgenes Británicas	14.65	
129	San Cristóbal y Nieves	13.94	
130	Islas Turcas y Caicos	13.89	
131	Aruba	13.79	
132	Dominica	13.65	
133	Santa Lucía	13.43	
134	Granada	13.23	
135	Palaos	13.14	
136	Moldavia	13.13	
137	Emiratos �rabes Unidos	12.7	
138	Panamá	12.67	
139	Qatar	12.66	
140	Botsuana	12.59	
141	Seychelles	12.3	
142	Barbados	12.29	
143	Brun�i	12.27	
144	Mauricio	12.2	
145	Fiyi	11.58	
146	Tonga	11.58	
147	Arabia Saudí	11.57	
148	Argentina	11.44	
149	Uruguay	11.32	
150	Groenlandia	10.72	
151	Rusia	10.56	
152	Samoa Americana	10.18	
153	Nauru	9.25	
154	Bosnia y Hercegovina	9.1	
155	Antillas Neerlandesas	9.09	
156	Macedonia	9.01	
157	Ucrania	8.98	
158	Kuwait	8.96	
159	Letonia	8.77	
160	Costa Rica	8.77	
161	Puerto Rico	8.42	
162	Hungr�	7.86	
163	Chile	7.71	
164	Islas Vírgenes Americanas	7.56	
165	Polinesia Francesa	7.55	

166	Estonia	7.32	■
167	Nueva Caledonia	7.05	■
168	Islas Caimán	6.94	■
169	San Pedro y Miquelón	6.87	■
170	Eslovaquia	6.84	■
171	Polonia	6.8	■
172	Islas Marianas del Norte	6.59	■
173	Lituania	6.47	■
174	Bielorrusia	6.43	■
175	Croacia	6.37	■
176	Islas Feroe	6.32	■
177	Estados Unidos	6.26	■
178	Guam	6.05	■
179	Cuba	5.82	■
180	Italia	5.51	■
181	Man. Isle of	5.37	■
182	Taiwán	5.35	■
183	San Marino	5.34	■
184	Grecia	5.16	■
185	Irlanda	5.05	■
186	Canadá	5.04	■
187	Wallis y Futuna	5.02	■
188	Mónaco	5	■
189	Nueva Zelanda	4.92	■
190	Reino Unido	4.85	■
191	Gibraltar	4.83	■
192	Portugal	4.78	■
193	Australia	4.75	■
194	Jersey	4.73	■
195	Países Bajos	4.73	■
196	Luxemburgo	4.56	■
197	Guernsey	4.47	■
198	Bélgica	4.44	■
199	Austria	4.42	■
200	Dinamarca	4.34	■
201	Corea del Sur	4.26	■
202	Liechtenstein	4.25	■
203	Eslovenia	4.25	■
204	Israel	4.22	■
205	España	4.21	■
206	Suiza	4.18	■
207	Alemania	3.99	■
208	República Checa	3.79	■
209	Andorra	3.76	■

210	Malta	3.75	■
211	Noruega	3.58	■
212	Anguila	3.52	■
213	Finlandia	3.47	■
214	Francia	3.33	■
215	Islandia	3.23	■
216	Macao	3.22	■
217	Hong Kong	2.92	■
218	Japón	2.79	■
219	Suecia	2.75	■
220	Bermudas	2.46	■
221	Singapur	.31	■

2. Tabla de tasa de mortalidad infantil país (2003-2010)

AÑO	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	POSICION	CAMBIO PORCENTUAL	FECHA DE INFORMACIÓN
2003	8.88	168		2003 est.
2004	8.8	161	-0.90%	2004 est.
2005	8.8	162	0.00%	2005 est.
2006	8.58	161	-2.50%	2006 est.
2007	8.36	159	-2.56%	2007 est.
2008	7.9	162	-5.50%	2008 est.
2009	7.71	163	-2.41%	2009 est.
2010	7.52	164	-2.46%	2010 est.

3. Tabla de tasa de mortalidad Infantil (1999-2008)

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, AÑOS 1999 – 2008										
Chile y Comunas Región de Valparaíso										
Chile - Región - Comunas	Años									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Chile	10,1	8,9	8,3	7,8	7,8	8,4	7,9	7,6	8,3	7,9
Región de Valparaíso	10,0	8,6	7,9	7,1	7,3	8,0	7,6	7,6	8,8	7,3
Valparaíso	9,9	10,9	10,2	5,6	9,2	12,0	7,6	6,9	9,8	8,0
Casablanca	8,7	8,0	8,8	8,3	14,7	0,0	18,8	11,4	3,1	0,0
Concón	1,8	5,1	4,0	5,7	4,1	2,1	2,3	18,7	2,1	5,9
Juan Fernández	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Puchuncaví	9,8	14,2	5,0	22,0	0,0	14,3	10,8	0,0	10,6	13,7
Quilpué	6,9	8,5	7,7	7,7	4,7	9,2	7,9	6,8	13,0	7,6
Quintero	18,3	3,0	0,0	3,1	3,5	9,3	6,3	3,0	3,1	0,0
Villa Alemana	9,7	7,4	6,2	11,0	5,8	11,7	5,7	5,9	7,8	9,0
Viña del Mar	9,2	7,0	8,3	5,9	5,4	6,2	6,4	8,5	8,7	9,9
Isla de Pascua	17,9	13,8	15,6	0,0	0,0	0,0	0,0	14,0	0,0	12,6

Anexo 2: Tabla Evolución del gasto público en salud como % del PIB

Año	PIB	Gasto Público	Gto Pco/PIB	Gto Fiscal Salud (\$)	Gasto fiscal/PIB
	MMS\$	MMS\$	%	MMS\$	%
1990	9.602.080,0	189.714	2,0	77595,8	0,8
1991	12.644.155,0	263.099	2,1	123439,3	1,0
1992	16.103.553,0	362.913	2,3	184946,9	1,1
1993	19.283.469,0	478.204	2,5	260922,2	1,4
1994	23.213.803,0	572.870	2,5	314238,9	1,4
1995	28.244.443,0	669.268	2,4	374362,0	1,3
1996	31.237.289,0	777.161	2,5	433969,2	1,4
1997	34.722.636,0	861.564	2,5	465235,3	1,3
1998	36.534.873,0	998.795	2,7	542721,4	1,5
1999	37.138.542,0	1.078.693	2,9	584209,0	1,6
2000	40.575.319,0	1.181.489	2,9	620477,0	1,5
2001	43.536.752,0	1.373.148	3,2	741164,0	1,7
2002	46.341.827,0	1.386.191	3,0	706519,0	1,5
2003	50.954.391,0	1.487.874	2,9	765289,0	1,5
2004	57.905.728,0	1.657.554	2,9	906690,0	1,6
2005	64.549.137,0	1.883.103	2,9	1016185,0	2,9

Anexo 3: Beneficiarios del sistema público y privado en Chile

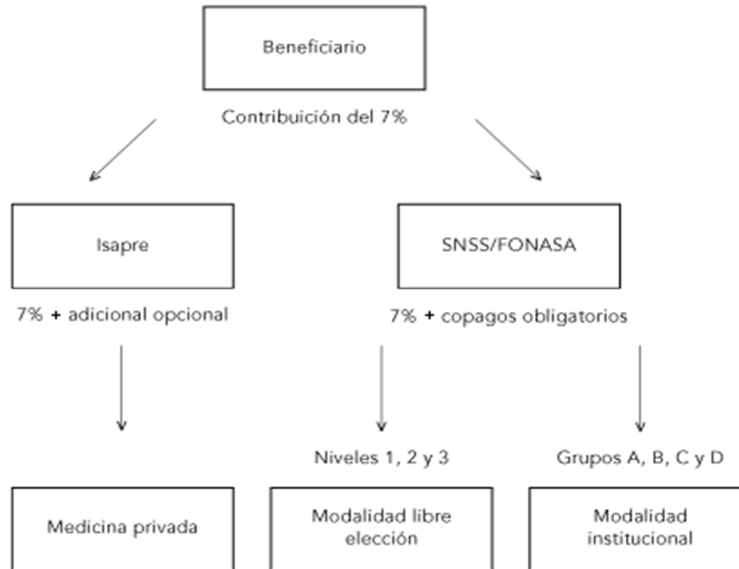
**ESTIMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO PÚBLICO DE SALUD
Y SU PARTICIPACIÓN RESPECTO A OTROS SISTEMAS, NÚMERO DE PERSONAS, AÑOS 1990-2009**

AÑO	Seguro Público (1)	% Part.	Seguros Privados (2)	% Part.	Otros (3)	% Part.	Población (4)
1990	9,729,020	73.1	2,108,308	15.9	1,463,068	11.0	13,300,396
1991	9,414,162	69.5	2,566,144	18.9	1,563,320	11.5	13,543,626
1992	8,788,817	63.7	3,000,063	21.8	1,997,977	14.5	13,786,857
1993	8,537,786	60.9	3,431,543	24.5	2,060,762	14.7	14,030,091
1994	8,644,479	60.6	3,669,874	25.7	1,958,971	13.7	14,273,324
1995	8,637,022	59.6	3,763,649	26.0	2,094,551	14.4	14,495,222
1996	8,672,619	59.0	3,813,384	25.9	2,209,787	15.0	14,695,790
1997	8,753,407	58.8	3,882,572	26.1	2,260,383	15.2	14,896,362
1998	9,137,599	60.5	3,679,835	24.4	2,279,496	15.1	15,096,930
1999	9,403,455	61.5	3,323,373	21.7	2,570,671	16.8	15,297,499
2000	10,157,686	65.6	3,092,195	20.0	2,234,851	14.4	15,484,732
2001	10,156,364	64.9	2,940,795	18.8	2,561,472	16.4	15,658,631
2002	10,327,218	65.2	2,828,228	17.9	2,677,085	16.9	15,832,531
2003	10,580,090	66.1	2,729,088	17.0	2,697,251	16.9	16,006,429
2004	10,910,702	67.4	2,678,432	16.6	2,591,194	16.0	16,180,328
2005	11,120,094	68.0	2,660,338	16.3	2,569,544	15.7	16,349,976
2006	11,479,384	69.5	2,684,554	16.3	2,351,436	14.2	16,515,374
2007	11,740,688	70.4	2,776,912	16.6	2,163,172	13.0	16,680,772
2008	12,248,257	72.7	2,780,396	16.5	1,820,428	10.8	16,849,081
2009	12,504,226	73.5	2,776,572	16.3	1,733,693	10.2	17,014,491

Anexo 4: Esquema de acceso a la atención de salud en Chile

Figura 1

Esquema de "opciones" de acceso a la atención de la salud.



Elaboración propia.

Isapre = Institución de Salud Previsional; SNSS = Sistema Nacional de Servicios de Salud; FONASA = Fondo Nacional de Salud.

Anexo 5: Funciones departamentos CORMUVAL

Departamento de Personal

Sus principales funciones son:

- Velar por el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y contractuales de todo el personal dependiente de la Corporación Municipal de Valparaíso.
- Preocuparse por el correcto cumplimiento de las políticas, procedimientos y prácticas que se aplican en las diferentes áreas que dependen de la institución en materia de recursos humanos.
- Proporcionar servicios de administración de personal tales como determinar las dotaciones de cada año, contrataciones, traslados, etc.

Departamento de Remuneraciones

Se encuentra a cargo de:

- Determinar y procesar las remuneraciones del personal bajo los parámetros establecidos en los diferentes cuerpos legales que afectan al personal de las distintas áreas que administra la Corporación Municipal.
- Preparar y elaborar los distintos presupuestos de remuneraciones como también ejecutar las políticas de la Corporación Municipal en la Administración del Recurso Humano.

Departamento de Finanzas

Este departamento realiza las siguientes funciones:

- Coordinar, controlar y actualizar la información correspondiente a todos los ingresos y gastos de cada una de las áreas que administra la Corporación Municipal.
- Elaborar y analizar los diferentes instrumentos de medición de la gestión financiera tales como Balances, Estados de Resultados, Flujos de Efectivo.
- Elaborar las herramientas de control financiero (Presupuestos).
- Controlar la correcta aplicación de los recursos y sus fuentes.
- Controlar Contable, financiera y presupuestariamente todos los hechos económicos que ejecuta la Corporación Municipal.
- Realizar las auditorías operativas y evaluar permanentemente el sistema de control interno y proponer las modificaciones que resulten necesarias.
- Efectuar controles deliberados en el ámbito financiero y administrativo.
- Controlar las ejecuciones financieras y presupuestarias.

Departamento de Informática

Las principales funciones de este departamento son:

- Velar por la integridad de la información de los sistemas computacionales existentes para cada una de las áreas y departamento a los que entrega servicios.
- Evaluar proyectos de telecomunicaciones e informáticos de hardware software a nivel institucional.
- Planificar la implementación de los proyectos de telecomunicaciones e informáticos.
- Mejorar en forma continua la calidad del software, administrar en forma segura y eficiente las bases de datos de la institución. Controlar y asegurar el buen funcionamiento de los sistemas de aplicación y herramientas de productividad
- Capacitar a los usuarios en el uso de herramientas y software de aplicación.

Anexo 6: Funciones principales personal área central salud

Director

Descripción del Cargo: responsabilidad en el manejo técnico y administrativo de la atención primaria Municipalizada de Valparaíso, tiene a su cargo a todo el personal del Área de Salud en forma indirecta a través de las siguientes jefaturas: Directores de Consultorios, Químico Farmacéutico, Subdirector y Jefe Administrativo.

Líneas dependencia jerárquica:

Jefe Directo: Gerente General Corporación Municipal.

Funciones:

1. Administración del personal del Área de Salud
2. Conocimiento y resolución de los problemas generados en el Área de salud
3. Supervisión de la eficacia y eficiencia del sistema de Salud Municipalizado
4. Responsable de la implementación y aplicación de normas e instructivos emanados del SSVSA, entes Ministeriales y otros organismos gubernamentales.
5. Responsabilidad técnica y administrativa sobre todas las delegaciones de funciones de las secciones de la Dirección del Área.
6. Velar por el buen funcionamiento administrativo y financiero del sistema.
7. Dictar normas, procedimientos e instrucciones necesarias para el logro de las metas y objetivos del Área de Salud.
8. Coordinación con organismos gubernamentales, no gubernamentales y de la comunidad, involucrados en la gestión de salud.
9. Coordinación con otros departamentos de la Corporación y gerencia de ésta.
10. Presidir los diferentes Comités del Área y Consejo Técnico.
11. Promover la investigación en los establecimientos bajo su cargo

Subdirector

Descripción del Cargo: cargo creado el 1° Enero 2004 con la necesidad de colaborar en la labor de coordinación de la Dirección. Debe ser ejercido por un profesional de las

categorías a y b del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal y por lo menos con 8 años de trabajo en atención de Salud Pública, sus funciones son netamente administrativas.

Líneas dependencia jerárquica:

Técnica y Administrativamente del Director del Área de Salud.

Línea de comunicación Intraestablecimiento:

- Director Área
- Jefe Farmacia
- Jefe Administrativo
- Encargado Estadística
- Secretaria Subdirección
- Secretaria Dirección

Línea de comunicación extra establecimiento:

- Jefaturas de Programas
- Comités Enfermeras Supervisoras
- Jefaturas SOME
- Coordinadora subprogramas consultorios
- Directores Consultorios
- Servicio de Salud: Dpto. Atención Primaria, Dpto. Programas de las Personas, Dpto. Programa del ambiente, Dpto. Educación y Redes
- Universidades e Instituciones

Funciones:

1. Subrogancia de la Dirección en ausencia del Director.
2. Preocupación por el mejoramiento y buen funcionamiento de los recursos humanos de los
3. Consultorios dependientes del Área de Salud.
4. Coordinación con los diferentes departamentos del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, especialmente Departamento Programa de las Personas, Dirección de Atención Primaria y Oficina de Educación.
5. Coordinación y asesoría permanente con las otras secciones de la Dirección del Área, Directores de Consultorios, Jefaturas de Programas y Coordinadores de Estamentos profesionales.
6. Supervisar el cumplimiento de normativas técnicas al nivel de los consultorios.
7. Participación consejo Técnico de Directores. Apoyo técnico a las diferentes secciones del Área.
8. Participar con Director de Área en red de salud
9. Mantener actualizado los sistemas de información de metas sanitarias,
10. Mantener coordinación con Directores Área salud y del servicio.
11. Integrar el comité de Directores de atención primaria.
12. Deberá promover la investigación entre los consultorios pertenecientes al Área Salud de CORMUVAL

Jefe Administrativo

Descripción:

Coordinar los recursos para la mantención y reparación de equipos y plantas físicas. Supervisión de Bodegas de inpresos. Planificación y supervisión de proyectos.

Línea dependencia jerárquica: Técnica y administrativamente del Director del Área

Línea de comunicación Intraestablecimiento:

- Director Área
- Jefe Farmacia
- Subdirección
- Chóferes
- Oficina Partes
- Línea de comunicación extra establecimiento:
- Directores de Consultorio

Funciones:

1. Coordinar los recursos humanos y materiales para la mantención y reparación de equipos y planta físicos de los consultorios y dirección del Área.
2. Visación de los requerimientos de materiales de aseo y escritorio de la Dirección del Área.
3. abastecimiento y distribución de formularios a Consultorios y
4. Dirección
5. Planificación y supervisión de Proyectos de reparación y mejora de las plantas físicas.
6. Coordinación con entes municipales y Administración Central en asuntos financieros.
7. Visita a terreno para supervisión de planta física y equipamiento
8. Análisis financiero del Área de Salud
9. Control de asistencia del personal del Área
10. Distribución de cheques de remuneraciones
11. Tramitación de viáticos
12. Supervisión del aseo e higiene del Área
13. Responsable del manejo de las llaves de las oficinas del Área y vehículo
14. Participación en los comités que se requiera
15. Responsable del manejo del fondo fijo del Área

Jefe de Farmacia

Descripción del Cargo: Administración de la sección Farmacia. Funcionario a cargo del abastecimiento de Bodega central de la Dirección del Área de Salud y distribución hacia las farmacias periféricas. Asesoría y supervisión de farmacias periféricas. Coordina la atención farmacéutica en todos los establecimientos dependientes

Líneas dependencia jerárquica: Técnica y Administrativamente del Director del Área de Salud

Línea de comunicación Intraestablecimiento:

- Director Área
- Subdirección
- Jefe Administrativo
- Oficina Partes
- Directores Consultorios
- Encargados de farmacia de consultorios

Funciones:

1. Cumplir con las políticas nacionales de la atención farmacéutica y con la reglamentación vigente sobre estupefacientes.
2. Velar por el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos por la Dirección del SSVSA para la atención farmacéutica en los establecimientos de su dependencia, para la obtención del óptimo desarrollo de las acciones programadas
3. Responsabilidad en la adquisición, recepción, almacenamiento y distribución de fármacos, insumos clínicos-terapéuticos, de acuerdo a la demanda local y a las directrices establecidas por el SSVSA y la Corporación Municipal de Valparaíso a través de la Dirección Área de Salud
4. Responsabilidad de asegurar en las consultorios, posta y otros servicios dependientes, el abastecimiento eficiente, oportuno y suficiente de medicamentos e insumos clínicos y terapéuticos y materiales necesarios para la dispensación de medicamentos
5. Organizar la bodega de farmacia dándole una estructura que permita un funcionamiento coordinado con los usuarios, manteniendo un control de existencias permanente
6. Optimizar el uso de los recursos presupuestarios asignados
7. Controlar y evaluar el cumplimiento de los procedimientos de suministro de medicamentos e insumos terapéuticos
8. Control de inventario de bodega de farmacia, con el apoyo del departamento de computación, a través del programa de control de existencias de farmacia
9. Consolidar y analizar la información que registran las consultorios y posta de salud rural (consumos, rechazos, saldos, N° recetas, etc.
10. Velar por el cumplimiento de las normas y disposiciones sobre la dispensación de
11. medicamentos en las establecimientos dependientes
12. Participación activa en el consejo técnico de Directores, en el comité de farmacia del área y otros en los cuales se requiera.
13. Coordinación permanente con igual estamento del Servicio de Salud, Consultorios y otros departamentos de la corporación
14. Supervisión y asesoría técnica a Farmacias periféricas de los Consultorios y Posta
15. Participar en programas de capacitación para el personal Auxiliar de Farmacia, de educación en uso racional de medicamentos y en programas de investigación operativa (estudios de consumo, auditorias de recetas, etc.)

16. Organizar y supervisar el trabajo realizado por las auxiliares de farmacia y auxiliar de servicio, del nivel farmacia central
17. Apoyo y asesoría correspondiente a la Dirección del Área y/o a la Dirección establecimientos de A.P.S. según necesidad.

Encargada de Estadística

Descripción del Cargo: Supervisar, coordinar y analizar el trabajo que se realiza en la sección por procesos que deben desarrollarse todos los meses y diariamente

Líneas dependencia jerárquica: Técnica y Administrativamente de la Subdirección en coordinación con el Director del Área de Salud.

Línea de comunicación Intraestablecimiento:

- Director Área
- Subdirección
- Jefe Administrativo
- Jefe Farmacia
- Oficina Partes
- Línea de comunicación Extra establecimiento:
- Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio
- Departamento Computación de Corporación Municipal de Valparaíso
- Corporación Municipal de Valparaíso
- Directores Consultorios
- Jefes de SOME de los Consultorios

Funciones:

1. Supervisar, coordinar y analizar el proceso REM
2. Supervisar que el ingreso de datos sea veraz y oportuno
3. Coordinar con el Dpto. de Computación el ingreso y fecha de finalización del proceso y realización de nuevos programas
4. Validación de los programas en uso, con análisis mensuales
5. Optimizar el proceso mejorando informes y creando nuevos programas
6. Digitalizar información
7. Estudio, Planificación y creación de nuevos programas y formularios de acuerdo a las necesidades técnicas y administrativas
8. Realizar la correcta confección y oportuno envío de la información generada en los centros de salud
9. Analizar y preparar cuadros analíticos y estadísticos de las prestaciones diarias, según requerimiento.
10. Participación en comisión REM y en las que se requiera
11. Mantener al día la información de personal del Área de Salud
12. Apoyo a la Dirección

Director de Consultorio

Descripción del Cargo: Responsabilidad en el manejo técnico y administrativo de la atención primaria en su unidad, además de la supervisión y contratación del personal.

Líneas dependencia jerárquica: Técnica y Administrativamente del Director del Área de Salud.

Línea de comunicación Intraestablecimiento:

- Jefe SOME
- Profesionales Médicos
- Personal Consultorio
- Línea de comunicación extra establecimiento:
- Director Área
- Subdirección
- Jefe Administrativo
- Jefe Farmacia
- Encargado Estadística
- Departamento Computación de Corporación Municipal de Valparaíso
- Departamento Personal de Corporación Municipal de Valparaíso

Funciones:

1. Contratación de personal y determinación de horas extras
2. Asignación de recursos a las distintas áreas del consultorio
3. Control de existencias de insumos médicos, farmacológicos y otros.
4. Supervisión y control del personal
5. Servir como canal de comunicación entre el consultorio y el Área Salud
6. Encargado de que la información entregada a Dirección sea fidedigna
7. Llevar a cabo los programas y campañas de salud
8. Confección de presupuestos y lista de necesidades mensuales
9. Supervisión técnica del personal de salud del consultorio
10. Optimizar el uso de los recursos asignados

Anexo 8: Financiamiento per cápita

CALCULO REMESA PERCAPITA 2010

a) Calculo del aporte Basico Homogeneo (percapita basal)

Nº beneficiarios inscritos: 219,242

Percapita Basal : \$ 2,324

Aporte Percápita Basal:	Nº Beneficiarios * Percapita basal		
Aporte Percápita Basal:	219,242	*	\$ 2,324
			\$ 509,518,408

b) Poblacion beneficiaria de 65 años y mas , con \$431 mensuales por cada beneficiario.

Poblacion Beneficiaria de 65 años y +:	Nº Beneficiarios de 65 años y (+) * \$448		
Población Beneficiaria de 65 años y (+) =	26,848	*	\$ 448
			\$ 12,027,904

c) Asignación desempeño Dificil

ADD Comuna de Valparaiso : \$ 5,904,280

Calculo Remesa Percapita Base 2010

Percapita Basal	\$ 509,518,408
Beneficiarios de 65 años y (+)	\$ 12,027,904
	<hr/>
	\$ 521,546,312

Remesa Percapita Base	\$ 521,546,312
ADD	\$ 5,904,280
Ingreso Mensual 2010	<hr/>
	\$ 527,450,592

Anexo 9: Pacientes inscritos y validados por FONASA

ESTABLECIMIENTO	REGISTRO FONASA	ERRONEOS	DUPLICADOS	DOBLE INSCRITOS	FALLECIDOS	PARTICULARES	ELIMINADOS	CERTIFICADOS	O K Inf.	Total Año 2010
BARON	34.393	2	22	6.672	2.162	1.170	10.028	22.151	2.214	24.365
CORDILLERA	12.640	3	4	1.703	631	412	2.753	8.792	1.095	9.887
ESPERANZA	16.120	0	13	3.622	970	605	5.210	9.996	914	10.910
LAGUNA VERDE	2.709	0	4	779	111	110	1.004	1.480	225	1.705
LASCANAS	11.285	1	3	1.302	554	265	2.125	8.207	953	9.160
LOSPLACERES	29.380	4	9	4.181	1.916	1.755	7.865	19.313	2.202	21.515
MARCELO MENA	32.156	2	15	5.160	1.729	1.183	8.089	21.817	225	24.067
PADRE DAMIAN	12.019	0	12	2.732	323	352	3.419	7.780	820	8.600
PLACILLA	16.864	3	5	2.477	561	456	3.502	12.346	1.016	13.362
PUERTAS NEGRAS	14.533	2	5	2.106	628	226	2.967	10.370	1.196	11.566
QUEBRADA VERDE	54.290	2	20	8.922	2.858	1.843	13.645	35.244	5.401	40.645
REINA ISABEL II	35.574	3	14	4.993	1.884	1.041	7.935	25.031	2.608	27.639
RODELILLO	20.162	4	10	2.999	828	500	4.341	14.223	1.598	15.821
TOTAL	292.125	26	136	47.648	15.155	9.918	72.883	196.750	20.467	219.242

Anexo 10: Cartera de servicios de APS

PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO

- Control de salud del niño sano
- Evaluación del desarrollo psicomotor
- Control de mal nutrición
- Control de lactancia materna
- Educación a grupos de riesgo
- Consulta nutricional
- Consulta de morbilidad
- Control de enfermedades crónicas
- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor
- Consulta kinésica
- Rehabilitación Neurológica
- Consulta de salud mental
- Vacunación
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- VDI a RN prematuro extremo y/o riesgo grave de morir por neumonía
- Consejería binomio malnutrición por exceso menor de 6 años
- Taller “Nutrient” a los 5 meses y 9 años
- Atención odontológica integral 6 años

PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

- Control de salud
- Consulta morbilidad
- Control crónico
- Control prenatal
- Control de puerperio
- Control de regulación de fecundidad
- Consejería en salud sexual y reproductiva
- Control ginecológico preventivo
- Educación grupal estilos de vida saludable
- Consulta morbilidad obstétrica
- Consulta morbilidad ginecológica
- Intervención Psicosocial
- Consulta y/o consejería en salud mental
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Tarde Joven (Cecof)
- Atención odontológica integral 12 años
- Consulta nutricional

PROGRAMA DE LA MUJER

- Control prenatal
- Control de puerperio
- Control de regulación de fecundidad
- Consejería en salud sexual y reproductiva
- Consejería VIH-SIDA
- Control ginecológico preventivo
- Educación grupal alimentación gestantes y puérperas
- Consulta morbilidad obstétrica
- Consulta morbilidad ginecológica
- Consulta nutricional
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Eco tomografía ginecológica
- Talleres CHCC
- Talleres de Fomento Lactancia Materna
- Atención odontológica integral primigestas y gestantes
- VDI familia CHCC con riesgo potenciado

PROGRAMA DEL ADULTO

- Consulta de morbilidad
- Control de enfermedades crónicas
- Control Preventivo de salud
- Consulta nutricional
- Consulta y/o consejería de salud mental
- Intervención psicosocial
- Diagnóstico y control de la TBC
- Talleres grupales preventivos (ERA, PSCV)
- Actividad física (Pre diabéticos, Educaciones grupales PSCV)
- Atención de podología (GES y derivaciones)
- Curación Pie Diabético
- Policlínico morbilidad abreviada (CECOF)
- Consulta kinésica Sala RBI

Anexo 11: Indicadores de actividad de APS

Metas	Indicador	Período de Corte para Evaluación											
		Enero a Marzo		Enero a Junio		Enero a Agosto		Enero a Octubre		Enero a Diciembre			
		Indicador	Cálculo	Indicador	Cálculo	Indicador	Cálculo	Indicador	Cálculo	Indicador	Cálculo		
N° Componentes Cartera de Servicio proporcionada en el periodo	N° de componentes Cartera de Servicios programado para el periodo	68	87.2%	74	98.7%	0		0		0		0	0.0%
		78		75		0		0		0		0	
N° de EMP realizado en Población Masculina de 20 a 44 Años	Población Masculina de 20 a 44 Años inscrita, menos Población Bajo control en PSCV (*)	174	4.3%	343	8.4%	0		0		0		0	0.0%
		4,082		4,075		0		0		0		0	
N° de EMP realizado en Población Femenina de 45 a 64 Años	Población Femenina de 45 a 64 Años inscrita, menos Población Bajo control en PSCV (*)	147	6.9%	239	11.4%	0		0		0		0	0.0%
		2,129		2,105		0		0		0		0	
N° de EMP realizado en Población 65 Años y Más	Población de 65 Años y Más inscrita	507	14.2%	1,018	28.5%	0		0		0		0	0.0%
		3,566		3,566		0		0		0		0	

N° Mujeres Embarazadas Ingresadas antes de las 14 Semanas a Control	65	89.0%	125	88.7%	0	0	0	0	0	0.0%
	73		141		0	0	0	0	0	
N° de Alias Odontológicas Totales en Población Menor de 20 Años	389	6.1%	703	10.9%	0	0	0	0	0	0.0%
	6,428		6,428		0	0	0	0	0	
N° Personas con Diabetes Mellitus Bajo Control de 15 Años y Más	1,128	113.0%	1,163	#####	0	0	0	0	0	0.0%
	998		998		0	0	0	0	0	
N° Personas con Hipertensión Arterial Bajo Control de 15 Años y Más	3,473	71.4%	3,540	72.7%	0	0	0	0	0	0.0%
	4,867		4,867		0	0	0	0	0	
N° Niños(as) 12 a 23 Meses Recuperados del Riesgo o Retraso Desarrollo Psicomotor en el Trimestre	3	300.0%	4	33.3%	0	0	0	0	0	0.0%
	1		12		0	0	0	0	0	
N° Establecimientos funcionando de 8:00 AM a 20:00 horas de Lunes a Viernes	1	100.0%	1	#####	0	0	0	0	0	0.0%
	1		1		0	0	0	0	0	
N° Visitas Integradas Realizadas	121	0.02	300	0.05	0	0	0	0	0	0.00
	6,091		6,091		0	0	0	0	0	
N° Menciones a Pacientes Postrados Realizadas con fines de Tratamiento	34	0.61	134	2.20	0	0	0	0	0	0.00
	56		61		0	0	0	0	0	
N° Casos con GES atendidos en APS con Garantías Cumplidas	345	100.0%	1,006	#####	0	0	0	0	0	0.0%
	345		1,006		0	0	0	0	0	

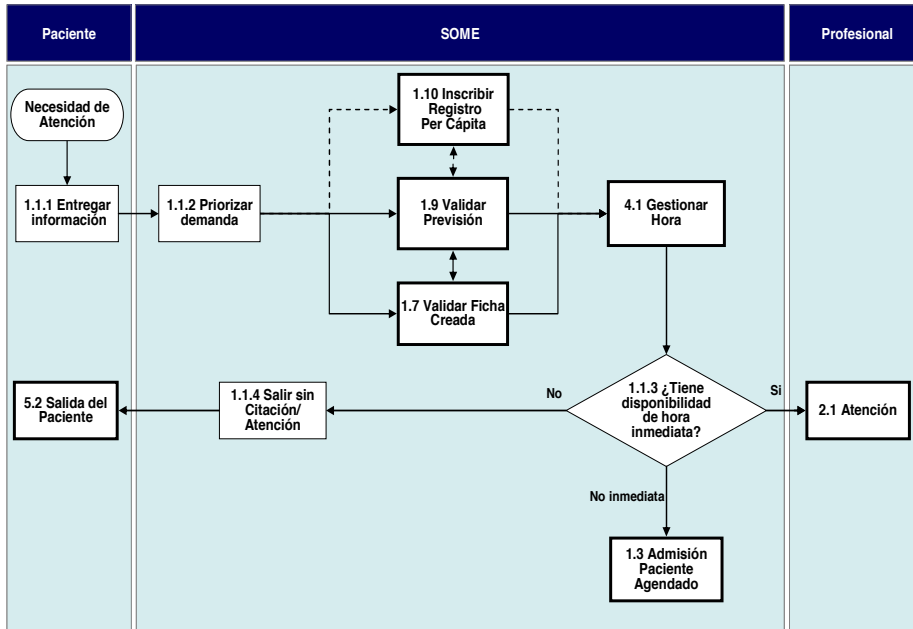
Anexo 12: Indicadores Ley 19.813

Metas	Indicador	Periodo de Corte para Evaluación											
		Enero a Marzo		Enero a Junio		Enero a Septiembre		Enero a Diciembre					
		Indicador	Cálculo	Indicador	Cálculo	Indicador	Cálculo	Indicador	Cálculo				
Porcentaje de niños(as) de 12 a 23 Meses Bajo Control con Desarrollo Psicomotor Efectuado	N° Niños(as) de 18 Meses con Evaluación Desarrollo Psicomotor / Población de 18 Meses bajo Control	34	24,5%	59	42,4%	81	63,3%	121	79,6%				
		139		139		128		152					
Cobertura Papanicolaou en Mujeres de 25 a 64 años	N° Mujeres de 25 a 64 Años Inscritas Validadas con PAP Vigente (Informado) / Total de Mujeres de 25 a 64 Años Inscritas Validadas	1,622	66,4%	1,628	66,7%	1,666	68,3%	1,690	69,2%				
		2,441		2,441		2,441		2,441					
Cobertura Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años	N° de Adolescentes de 12 Años con Alta Odontológica Total / Total de Adolescentes de 12 Años Inscritos Validados	17	12,1%	52	37,1%	78	55,7%	93	66,4%				
		140		140		140		140					
Cobertura Alta Odontológica Total en Embarazadas	N° de Embarazadas Primigestas con Alta Odontológica Total / N° Total de Embarazadas Primigestas Ingresadas	14	23,7%	50	45,9%	86	57,7%	117	58,8%				
		59		109		149		199					

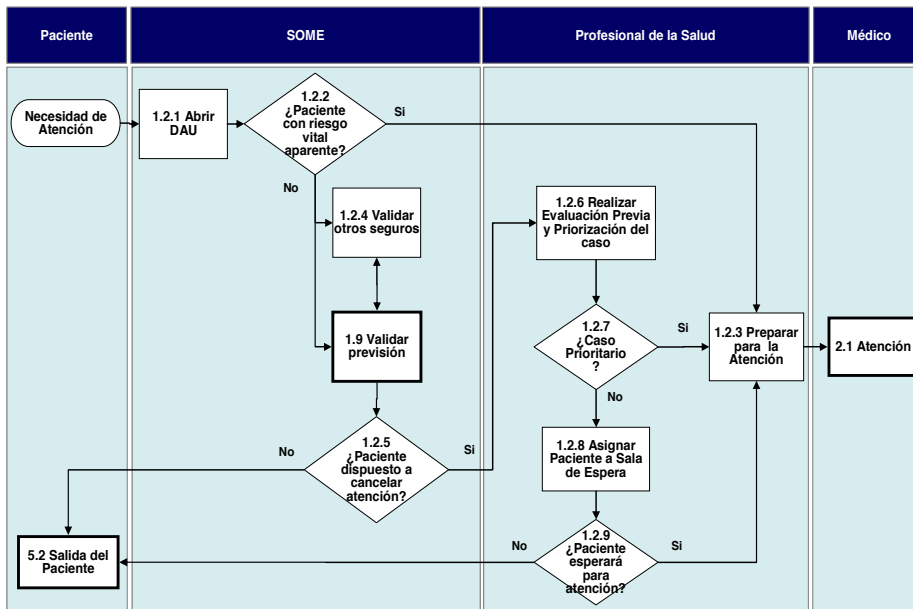
Cobertura Alta Odontológica Total en Niños de 6 años	N° de Niños(a) de 6 Años con Alta Odontológica Total / Total de Niños(as) de 6 Años Inscritos Validados	12	9.9%	43	35.5%	64	52.9%	81	66.9%
		121		121		121		121	
Porcentaje Compensación personas diabéticas bajo control de 20 años y Más con HbA1c <7	N° Personas Diabéticas Bajo Control de 20 Años y Más Compensadas (HbA1c<7) / Total Personas Diabéticas Bajo Control de 20 Años y Más	117	32.4%	109	30.4%	130	33.1%	146	36.2%
		361		358		393		403	
Porcentaje Compensación de personas Hipertensas bajo control de 20 años y Más con PA < 140/90 mm Hg	N° Personas Hipertensas Bajo Control de 20 Años y Más Compensadas (HbA1c<7) / Total Personas Hipertensas Bajo Control de 20 Años y Más	736	69.3%	492	47.3%	489	44.1%	504	45.4%
		1,062		1,041		1,109		1,109	
Mantener o disminuir el porcentaje de obesidad en menores de 6 años bajo control	N° Niños(as) Menores de 6 Años Obesos Bajo Control / Población Total de Niños(as) Menores de 6 Años Bajo Control	80	10.3%	77	9.5%	77	9.2%	68	8.1%
		775		812		841		836	
Profesionales con Agenda Centralizada en SOME en cada Establecimiento	N° Profesionales con Agenda en SOME del Establecimiento / N° Total de Profesionales	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Consejos de Salud funcionando regularmente	N° Consejos de Desarrollo de Salud con Plan Ejecutado y Evaluado / N° Total de Consejos de Desarrollo de Salud Existentes	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.0%
		0		0		0		1	
Reclamos Respondidos con Solución dentro de 20 Días Hábilés	N° Reclamos Respondidos con Solución, en 20 días Hábilés / N° Total de Reclamos	0	0.00	0	0.00	0	0.00	46	100.0%
		0		0		0		46	
Aumento cobertura vacunación con 3 dosis vacuna Pentavalente del PAI en niños(as)	N de Niños(as) Vacunados con las 3era. Dosis de Vacuna Pentavalente / N° Total de Niños(as) residentes en la Comuna	29	74.4%	71	182.1%	118	302.6%	164	420.5%
		39		39		39		39	

Anexo 13: Procesos principales del área salud

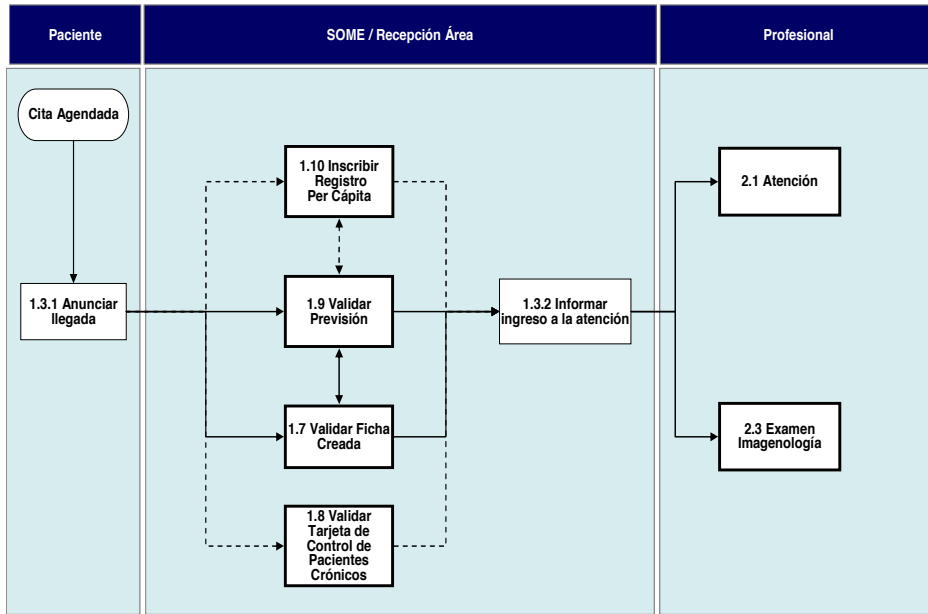
1. Admisión APS



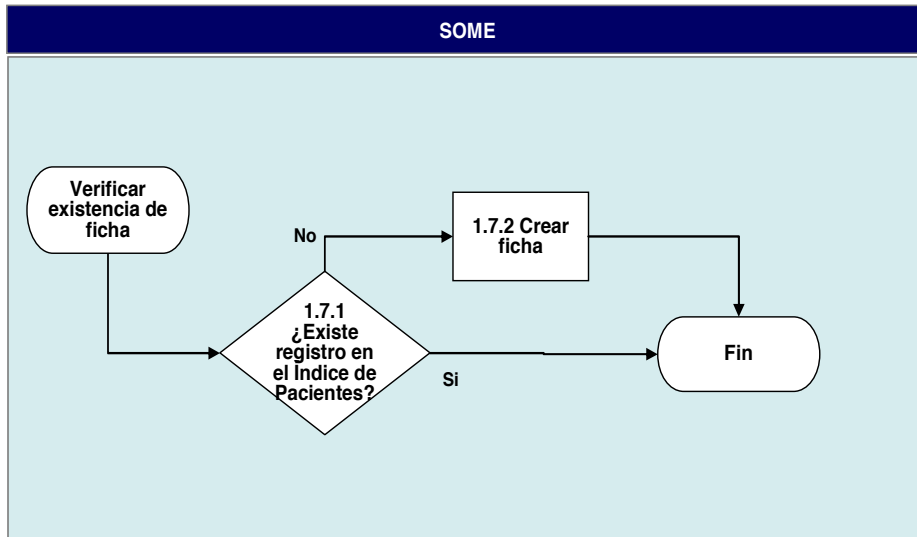
2. Admisión de Urgencia



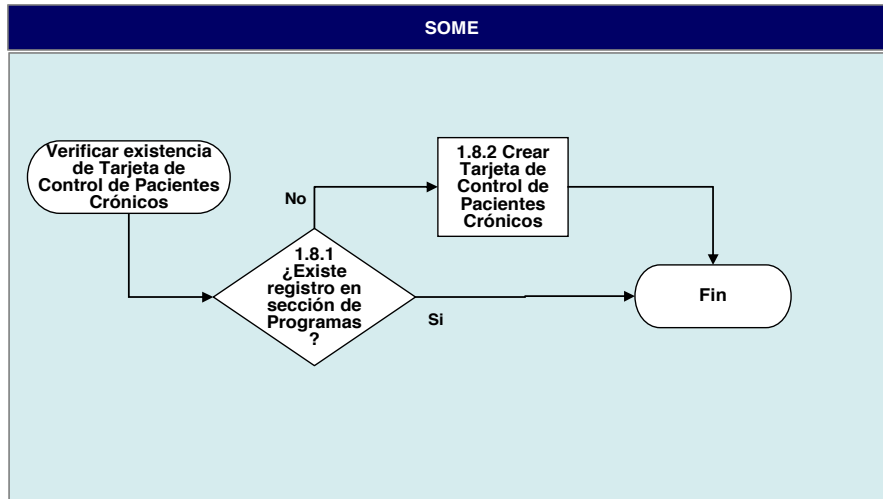
3. Admisión paciente agendado



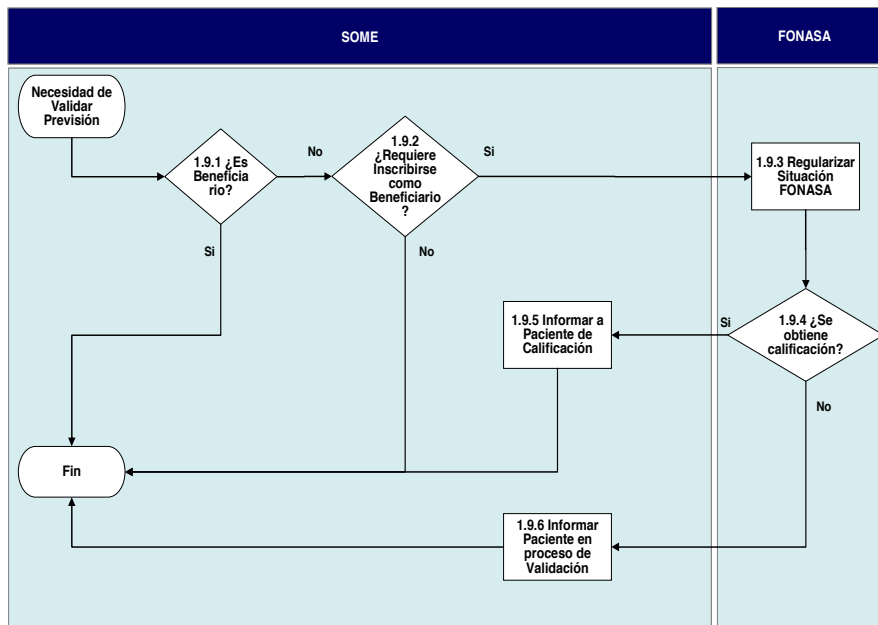
4. Validar ficha creada



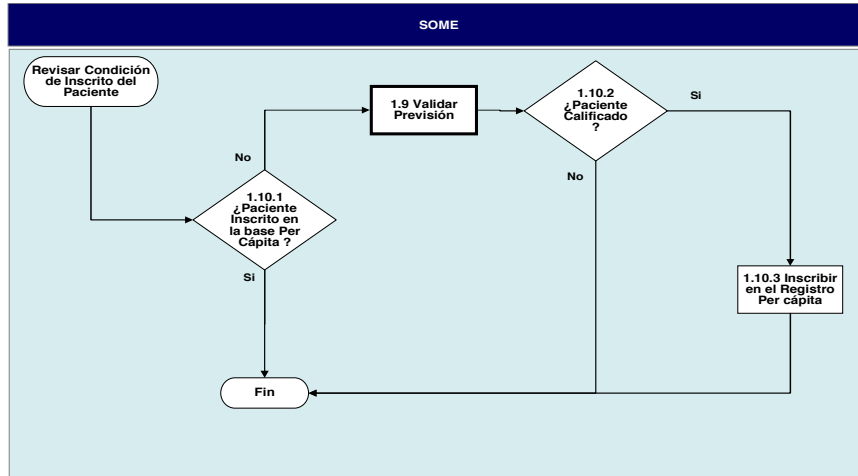
5. Validar tarjeta de control paciente crónico



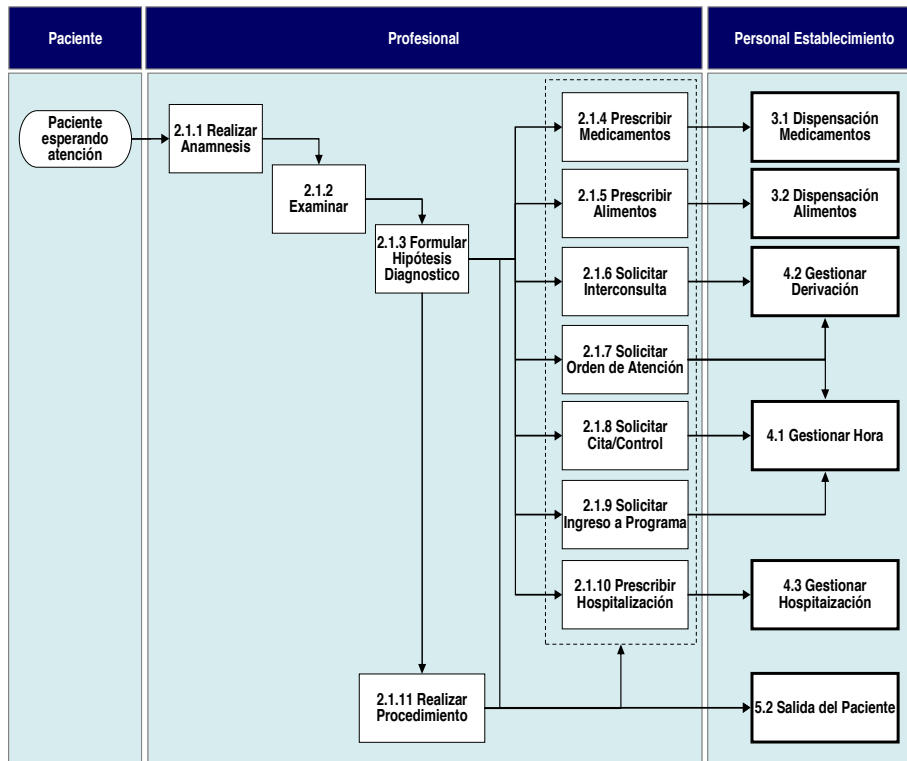
6. Validar previsión



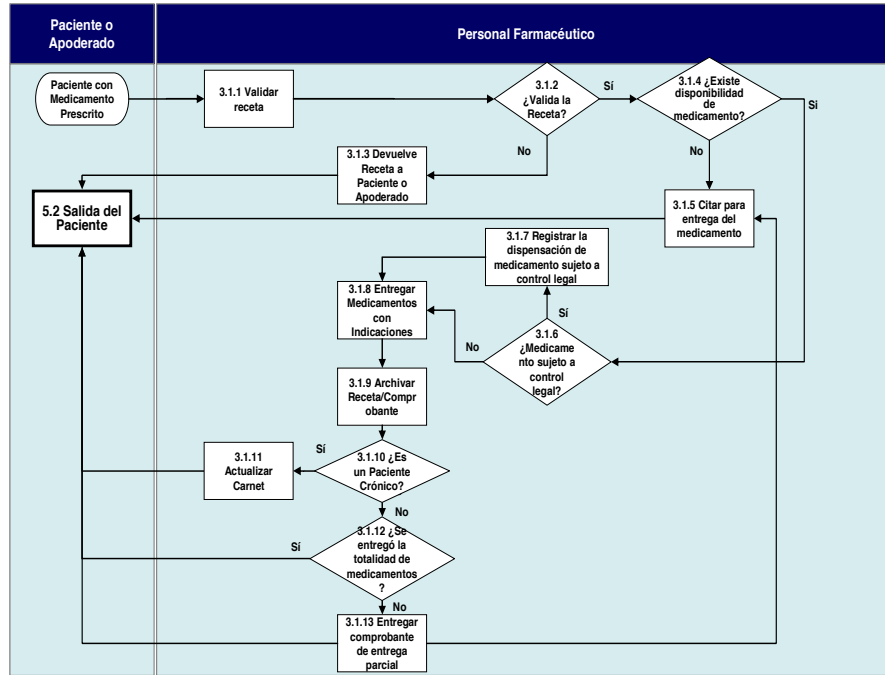
7. Inscripción registro per cápita



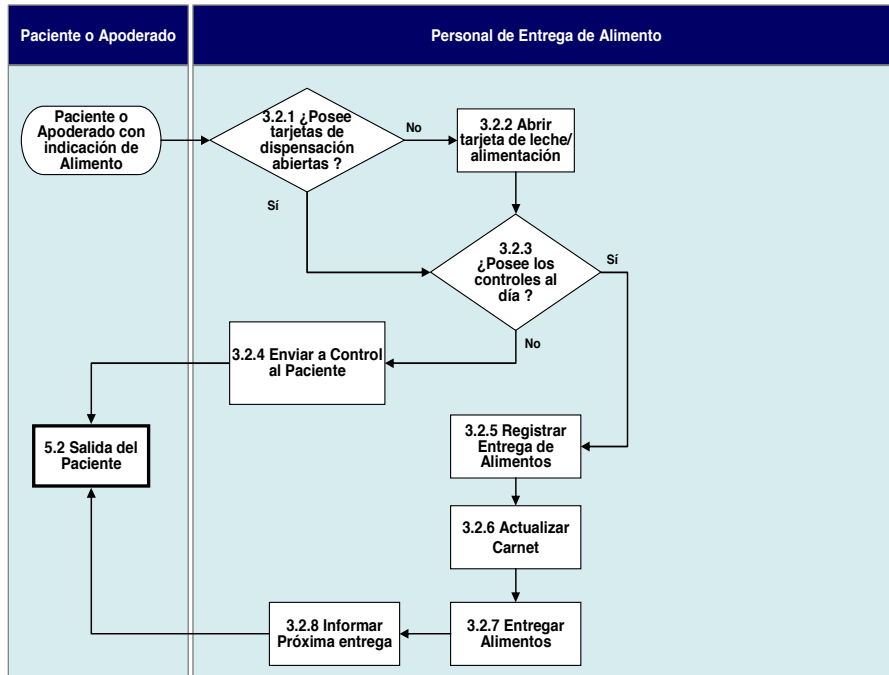
8. Atención primaria de salud



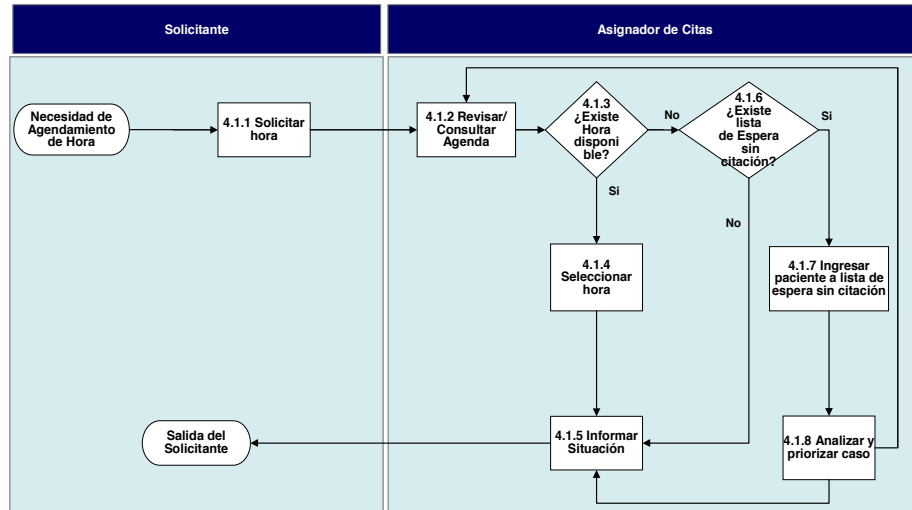
9. Dispensación de Medicamentos



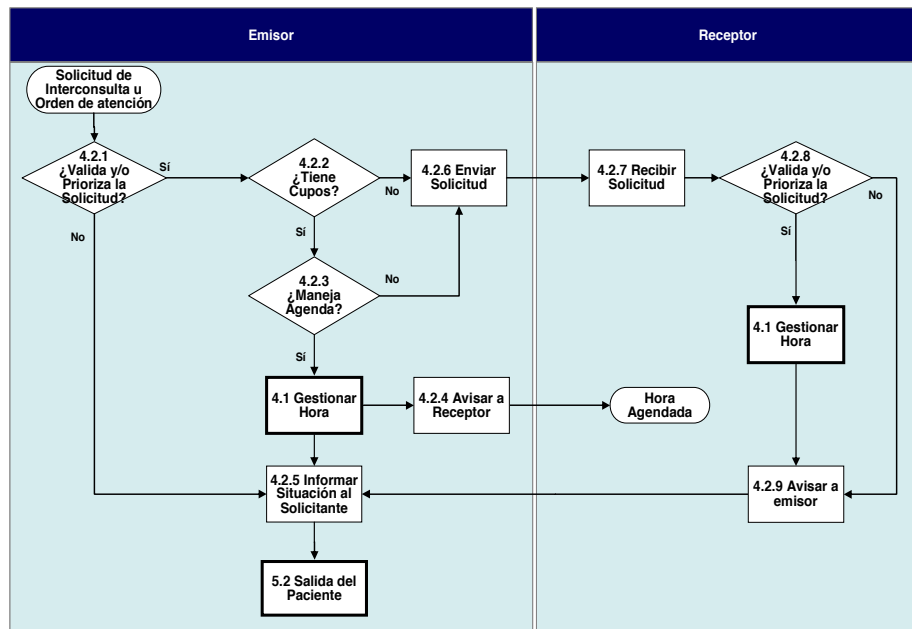
10. Dispensación de alimentos



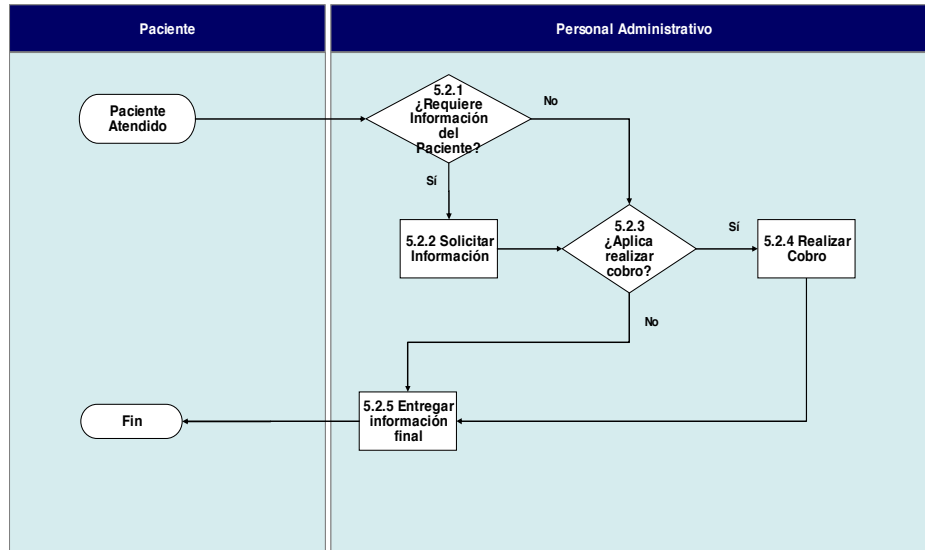
11. Gestión de hora



12. Gestión de derivación



13. Salida del paciente



Anexo 14: Procesos de Apoyo del Área Salud

1. Evaluar y planificar la atención

<i>1. Proveer Acceso a la Atención</i>		
1.1 Evaluar y Planificar la Atención	1.2 Servicios de apoyo al paciente	1.3 Servicios de apoyo a la comunidad
1.1.1 Proveer acceso para servicios de salud primaria	1.2.1 Gestionar perfiles de riesgos de salud	1.3.1 Proveer servicios de salud y educación para comunidades específicas
1.1.2 Priorizar requerimiento de consejos de salud	1.2.2 Informar al público de la disponibilidad de servicios	1.3.2 Hacer seguimiento y gestionar servicios de salud y educación para comunidades específicas
1.1.3 Identificación de servicios y requerimientos	1.2.2 Informar al público de la disponibilidad de servicios	
1.1.4 Evaluar necesidades de servicios	1.2.3 Orientar y actualizar a los pacientes de los servicios	
1.1.5 Priorización para un apropiado nivel de atención.	1.2.4 Responder y monitorear las preguntas de los pacientes	
1.1.6 Referir para servicios		
Descripción		
Proceso		
1. Proveer Acceso a la atención	Facilitar el ingreso del paciente para recibir atención y asegurar que esta sea apropiada en términos de tipo de atención e intensidad	
Subproceso		
1.1 Evaluar y Planificar la Atención	Determinar la necesidad de servicio y direccionar al paciente al nivel de atención adecuado	
1.2 Servicios de Apoyo al Paciente	Orientar al paciente sobre sus beneficios y la disponibilidad de servicios	
1.3 Servicios de Apoyo a la Comunidad	Proveer servicios de educación y consejos de salud a pacientes y comunidades	

2. Prestar servicios de salud

<i>2. Prestar Servicios de Salud</i>		
2.1 Gestionar Información y Documentación Clínica	2.2 Coordinar e Integrar Servicios de Salud	2.3 Coordinar Investigación Clínica
2.1.1 Documentar planes de atención	2.2.1 Gestionar la Transición de los Servicios de Salud a través del continuo de la Atención.	2.3.1 Planificar y administrar investigación clínica
2.1.2 Asegurar cumplimiento para estándares de documentación.	2.2.2 Gestionar Servicios y Programas para Individuos y Población.	2.3.2 Conducir investigación clínica
2.1.3 Gestionar acceso a la Información con equipos de atención.		2.3.3 Asegurar cumplimiento regulatorio
2.1.4 Gestionar acceso a la Información con pacientes y familias.		2.3.4 Conducir aseguramiento de la calidad
		2.3.5 Dar soporte a la educación de investigación clínica

Nombre	Descripción
Proceso	
2. Prestar servicios de Salud	Cambia el foco de los cuidados curativos a los cuidados preventivos. Distribuir materiales educativos a través de múltiples canales. Relacionar contacto de salud a problemas de salud. Facilitar la información a todos los miembros del equipo de salud. Apoyar la investigación clínica.
Subproceso	
2.1 Gestionar Información y Documentación Clínica	Definir un proceso de documentación clínica que apoye la prestación de los servicios de salud.
2.2 Coordinar e Integrar Servicios de Salud	Optimizar la utilización de servicios para alcanzar los resultados deseados de salud y promover el bienestar.
2.3 Coordinar Investigación Clínica	Investigar las causas, progresión, prevención, control y cura de enfermedades. Planificar y administrar. Cumplir con regulaciones para la investigación.

1. Planificar y gestionar en negocio

3. Planificar y Gestionar el Negocio					
3.1 Realizar Logística	3.2 Gestionar Finanzas	3.3 Gestionar Recursos Humanos	3.4 Planificar y Mejorar el Servicio	3.5 Soportar Contratación y	3.6 Gestionar Servicios
3.1.1 Gestionar instalaciones	3.2.1 Asegurar control de cuentas	3.3.1 Gestionar reclutamiento	3.4.1 Evaluar efectividad del acceso a la salud	3.5.1 Planificar contratación y habilitación de servicios	3.6.1 Apoyar planificación y gobernabilidad de TI
3.1.2 Gestionar materiales	3.2.2 Realizar proyección y planificación financiera	3.3.2 Gestionar niveles de personal	3.4.2 Asegurar calidad de los servicios de salud	3.5.2 Monitorear contratación y habilitación de servicios	3.6.2 Gestionar servicios TI
	3.2.3 Gestionar presupuestos	3.3.3 Gestionar aprendizaje	3.4.3 Realizar gestión médica	3.5.3 Revisar contratación y habilitación de servicios	3.6.3 Desarrollar y poner en marcha aplicaciones
	3.2.4 Gestionar cuentas por pagar y gastos	3.3.4 Mantener certificaciones	3.4.4 Revisar y mejorar la		3.6.4 Gestionar infraestructura técnica
	3.2.5 Gestionar administración general	3.3.5 Gestionar beneficios y compensaciones	3.4.5 Conducir una visión integrada		
		3.3.6 Gestionar pago de remuneraciones			
		3.3.7 Monitorear desempeño de la fuerza de trabajo			

Nombre	Descripción
Proceso	
3. Planificar y gestionar el negocio	administrativa que incluye servicios financieros, soporte operacional, recursos humano, contratos, gestión de arteriales y otros servicios administrativos.
Subproceso	
3.1 Realizar logística	Gestionar abastecimiento, equipamiento, servicios, tecnología y facilidades desde la identificación de requerimientos, a través de la adquisición, uso y disposición final. Proveen datos de activos de equipamiento en forma oportuna, esencial y exacta para mantener registros de cuentas de depreciación.
3.2 Gestionar finanzas	Controlar activos y obligaciones financieras y requerimientos de reportes financieros.
3.3 Gestionar Recursos Humanos	salud, ya sean perfiles clínicos u operacionales. Gestionar actividades de mantención y pago de remuneraciones, mantener relaciones con los empleados y cumplir con las regulaciones laborales. Gestionar el aprendizaje. Establecer y gestionar programas de incentivo con rangos, desarrollar métricas e integrar dentro de los registros de compensación
3.4 Planificar y mejorar el servicio	primaria , asegurar calidad de los servicios de salud, realizar gestión medica, revisar y mejorar la gestión del negocio , conducir a una visión integrada.
3.5 Apoyar contratación y habilitación	condiciones de los contratos, hacer seguimientos de rentabilidad y modelar gastos de contratos.
3.6 Gestionar TI	red, seguridad, gestión del ciclo de vida, mensajería y colaboración y gestión de proveedores para la infraestructura tecnológica incluyendo servicios de red, data center, servicios de mesa de ayuda y gestión de equipos y movilidad

2. Gestionar la salud de la población

4. Gestionar la Salud de la Población					
4.1 Definir y evaluar a la población	4.2 Desarrollar prácticas de gestión	4.3 Implementar herramientas de gestión de procesos	4.4 Evaluar la salud de la población	4.5 Implementar programas de salud de la población	4.6 Integrar programas de salud de la población con otras entidades públicas
4.1.1 Evaluar estatus y estratificación de la población beneficiaria	4.2.1 Realizar análisis comparativos	4.3.1 Educar a los pacientes de acuerdo a los nuevos modelos y prácticas	4.4.1 Desarrollar o implementar herramientas de recolección, análisis y soporte de datos medidas	4.5.1 Tratar y educar poblaciones objetivo	4.6.1 Comunicar con otras entidades públicas y externas
4.1.2 Desarrollar y gestionar la revisión del riesgo de salud	4.2.2 Desarrollar modelos de salud y programas de gestión	4.3.2 Alinear criterios clínicos	4.4.2 Monitorear y asegurar la calidad de los servicios	4.5.2 Asegurar calidad y seguridad	4.6.2 Integrar la salud con servicios de salud social
4.1.3 Identificar población beneficiaria	4.2.3 Desarrollar evidencias basadas en protocolos y guías de practica clínica	4.3.3 Implementar programas de autogestión de pacientes	4.4.3 Monitorear y recomendar ajustes a programas y servicios	4.5.3 Entregar una mejor experiencia a los pacientes	4.6.3 Desarrollar políticas de salud y servicios sociales
4.1.4 Identificar enfermedades y amenazas a la salud pública	4.2.4 Desarrollar e implementar programas	4.3.4 Gestionar riesgos ocupacionales y ambientales	4.4.4 Monitorear y reportar cumplimiento de estándares y resultados.	4.5.4 Planificar contra emergencias	
4.1.5 Identificar y priorizar pacientes y población objetivo	4.2.5 Desarrollar estándares	4.3.5 Apoyar programas de educación a la comunidad	4.4.5 Monitorear investigación sobre mejores prácticas operacionales y clínicas	4.5.6 Gestionar la transición de la enfermedad al estado de bienestar	
4.1.6 Gestionar base de datos y registro de la población	4.2.6 Desarrollar modelos y herramientas de gestión de la atención				
	4.2.7 Identificar iniciativas para pacientes y población de alta prioridad				
	4.2.8 Desarrollar incentivos según adherencias a programas				
	4.2.9 Identificar modelos de atención y mejores prácticas				

Nombre	Descripción
Proceso	
4. Gestionar la salud de la población	Optimizar, planificar y gestionar la salud de todos los ciudadanos.
Subproceso	
4.1 Definir y evaluar a la población	Definir y evaluar la población beneficiaria, diseñar ciertos criterios de riesgo y revisión de salud para obtener información desde y acerca de la población identificada, respecto de los riesgos ambientales, ciertos estados de enfermedad, condiciones, actividades y conductas que pueden influenciar los estados de salud. Completar un perfil de riesgo de salud y realizar un análisis de riesgo de costos para una población definida.
4.2 Desarrollar prácticas de gestión	Continuamente desarrollar estrategias, modelos, programas y procesos para apoyar la gestión de la salud de la población basada en el análisis de los datos e investigación de la salud de la población.
4.3 Implementar herramientas /	Proactivamente maximizar el estado de la salud y/o minimizar el riesgo de enfermedades para pacientes y poblaciones beneficiarias.
4.4 Evaluar la salud de la población	Conducir un proceso de evaluación formativo y comparativo para el desarrollo e implementación de un sistema de gestión de salud de la población basada en evidencia.
4.5 Implementar programas de salud	4.5.2 Asegurar calidad y seguridad 4.5.3 Entregar mejor experiencia a los pacientes. 4.5.4 Planificar contra emergencias 4.5.5. Gestionar la transición de la enfermedad al estado de bienestar.
4.6 Integrar programas de salud de la población con entidades públicas	prestación de servicios sociales y de salud para poblaciones locales. Alinear estrategias, prioridades, objetivos y focos más cercanamente a través de otras entidades de gobierno compartidos para maximizar consistencia y asegurar la prestación efectiva de la salud.

Anexo 15: Desglose de ingresos área salud

DESCRIPCION DE INGRESOS	DESCRIPCION	Total
ASIGNACION DESEMPEÑO DIFICIL	ASIGNACION DESEMPEÑO DIFICIL	-\$ 62,244,886
Total ASIGNACION DESEMPEÑO DIFICIL		-\$ 62,244,886
CONVENIOS (PRAPS)	CONVENIOS SERVICIO SALUD	-\$ 1,775,193,544
	PROG.REFORZ.ATENC.PRIMARIA (P.R.A.)	-\$ 355,902,446
Total CONVENIOS (PRAPS)		-\$ 2,131,095,990
PERCAPITA	REMESA PERCAPITA	-\$ 5,368,135,826
Total PERCAPITA		-\$ 5,368,135,826
RECUPERACION DE SUBSIDIOS	RECUPERACION DE SUBSIDIOS	-\$ 161,864,390
Total RECUPERACION DE SUBSIDIOS		-\$ 161,864,390
TRANSFERENCIA DE BONOS	ASIGNACION DE MERITO	-\$ 270,783,380
	DESEMPEÑO COLECTIVO	-\$ 672,912,644
Total TRANSFERENCIA DE BONOS		-\$ 943,696,024
TRANSFERENCIA DE AGUINALDOS Y BONOS	TRANSFERENCIAS AGUINALDOS Y BONOS	-\$ 224,992,552
Total TRANSFERENCIA DE AGUINALDOS Y BONOS		-\$ 224,992,552
INGRESOS DIRECTOS	INGRESOS DIRECTOS	-\$ 5,466,010
Total INGRESOS DIRECTOS		-\$ 5,466,010
INGRESOS VARIOS	APORTE	-\$ 3,000,800
	ARRIENDOS PERCIBIDOS	-\$ 1,289,812
	FONDOS MUTUOS	-\$ 5,224,741
	INGRESOS VARIOS	-\$ 7,628,471
Total INGRESOS VARIOS		-\$ 17,143,824
		-\$ 8,914,639,502

Anexo 16: Desglose de gastos área salud

1. Gastos Especialidades

ESPECIALIDADES	ESPECIALIDADES	ASISTENCIALIDAD PACIENTES POSTRADO	\$ 106,940,000
		LABORATORIO Y RADIOLOGIA	\$ 158,941,479
		OBTETRICIA Y GINECOLOGIA	\$ 32,313,040
		OFTALMOLOGIA CONSULTAS	\$ 2,672,700
		OFTALMOLOGIA LENTES OPTICOS	\$ 676,634
		OTORRINOLARINGOLOGIA	\$ 24,795,920
		OTRAS ESPECIALIDADES	\$ 52,467
	Total ESPECIALIDADES		\$ 326,392,240

2. Gastos de Operación

GASTOS DE OPERACIÓN	FARMACIA	FARMACIA	\$ 496,115,745
	Total FARMACIA		\$ 496,115,745
	SERVICIOS BASICOS	AGUA POTABLE	\$ 31,092,257
		ELECTRICIDAD	\$ 86,083,362
		GAS	\$ 2,590,425
		TELEFONO	\$ 59,075,497
	Total SERVICIOS BASICOS		\$ 178,841,541
Total GASTOS DE OPERACIÓN			\$ 674,957,286

3. Gastos del Personal

<input type="checkbox"/> GASTOS EN PERSONAL	<input type="checkbox"/> COLACION	COLACION	\$ 3,574,579
	Total COLACION		\$ 3,574,579
	<input type="checkbox"/> CURSOS Y SEMINARIOS	CURSOS Y SEMINARIOS	\$ 1,500,000
	Total CURSOS Y SEMINARIOS		\$ 1,500,000
	<input type="checkbox"/> HONORARIOS	AMPLIACION HORARIA	\$ 418,098
		HONORARIOS VARIOS	\$ 489,220,637
		HORAS EXTRAORDINARIAS	\$ 89,616,231
		SERVICIOS PROFESIONALES	\$ 44,174,093
	Total HONORARIOS		\$ 623,429,059
	<input type="checkbox"/> REMUNERACIONES	AGUINALDOS Y BONOS	\$ 32,288,414
		AMPLIACIONES POR LICENCIAS	\$ 50
		APORTE PATRONAL	\$ 79,996,249
		ASIGNACION DE MERITO	\$ 58,149,990
		ASIGNACION DE POST GRADO	\$ 6,600,159
		ATENCION PRIMARIA	\$ 1,562,314,185
		BONIFIC. CUMPLIMIENTO ENFERMERAS	\$ 25,818,438
		BONIFIC. CUMPLIMIENTO MEDICOS	\$ 80,631,084
		BONIFIC. ESPEC. ENFERMERAS NIVEL 15	\$ 9,901,236
		BONIFIC. ESPEC. MEDICOS NIVEL 15	\$ 21,937,684
		BONIFICACIONES LEGALES	\$ 20,134,408
		BONO NIVELACION SALUD	\$ 472,038,147
		CONDICION DIFICIL	\$ 82,258,540
		D.L. 15386 ART. 14 - ART. 19	\$ 6,389,661
		INDEMNIZACIONES POR A. OS DE SERVIC	\$ 781,707,895
		INDEMNIZACIONES VARIAS	\$ 2,287,704
		JEFE PROGRAMA	\$ 82,652,139
		MOVILIZACION	\$ 76,429,310
		RESPONSABILIDAD DIRECTIVA	\$ 34,334,594
		SALAS CUNAS	\$ 10,634,389
		SUELDO BASE	\$ 1,565,177,613
		SUELDOS IMPONIBLES	\$ 801,522,231
		VIATICOS VARIOS	\$ 4,090,822
	Total REMUNERACIONES		\$ 5,817,294,942
	<input type="checkbox"/> ROPA DE TRABAJO	ROPA DE TRABAJO	\$ 469,812
	Total ROPA DE TRABAJO		\$ 469,812
	<input type="checkbox"/> SEGURO DE CESANTIA	SEGURO DE CESANTIA	\$ 77,353
	Total SEGURO DE CESANTIA		\$ 77,353
Total GASTOS EN PERSONAL			\$ 6,446,345,745

4. Gastos varios

<input type="checkbox"/> GASTOS VARIOS	<input type="checkbox"/> GASTOS VARIOS	ADICIONAL	\$ 13,679,249
		ALIMENTACION PERSONAL	\$ 27,548,651
		APORTE SINDICATOS	\$ 220,000
		ARRIENDO INMUEBLES	\$ 5,515,958
		ARRIENDO SERVICIOS	\$ 3,350,678
		ARRIENDO VEHICULOS	\$ 47,600
		ASIG.PERDIDA DE CAJA	\$ 178,535
		AVISOS Y SUSCRIPCIONES	\$ 707,973
		COMUNICACIONES	\$ 401,925
		DEUDORES INCOBRABLES	\$ 2,837,629
		FLETES VARIOS	\$ 239,984
		GASTOS GENERALES	\$ 12,900,991
		GASTOS JUDICIALES Y NOTARIALES	\$ 234,500
		GASTOS POR PROYECTOS	\$ 4,099,676
		GASTOS POR RENDIR	\$ 651,901
		GASTOS VEHICULOS MOTORIZADOS	\$ 2,872,720
		INTERESES VARIOS	\$ 10,812
		LAVANDERIA	\$ 4,500
		MULTAS POR INFRACCIONES LABORALES	\$ 51,279
		PATENTES	\$ 1,999,861
		PRORRATEO COSTO ADM. CENTRAL	\$ 93,324,000
		PROVISION JUICIOS PENDIENTES	\$ 4,652,486
		SEGURO SOBRE VEHICULOS	\$ 620,048
		SEGUROS DE VIDA	\$ 287,589
		SERVICIOS DE VIGILANCIA	\$ 174,538
	Total GASTOS VARIOS		\$ 176,613,083

5. Insumos varios

	<input type="checkbox"/> INSUMOS VARIOS	ARTICULOS DE OFICINA	\$ 21,767,860
		COMBUSTIBLE Y LUBRICANTES	\$ 12,336,050
		INSUMOS COMPUTACIONALES	\$ 5,410,600
		MATERIAL DIDACTICO	\$ 2,831,153
		MATERIALES Y UTILES DE ASEO	\$ 8,856,709
		OTROS MATERIALES Y ENSERES	\$ 3,594,841
	Total INSUMOS VARIOS		\$ 54,797,213
	<input type="checkbox"/> PROVISION JUICIOS PENDIENTES	PROVISION JUICIOS PENDIENTES	\$ 400,000
	Total PROVISION JUICIOS PENDIENTES		\$ 400,000
Total GASTOS VARIOS			\$ 231,810,296
<input type="checkbox"/> MANTENCION Y REPARACION	<input type="checkbox"/> MANTENCION Y REPARACION		\$ 26,639,358
Total MANTENCION Y REPARACION			\$ 26,639,358
Total general			\$ 7,706,144,925

2. Tasa de consulta por paciente inscrito 2005-2010

Año	P. Damiá	Barón	L. Cañas	Esperanza	Mena	Placeres	Placilla	Ptas. Negras	Qda. Verde	R. Isabel	Rodelillo	Cordillera
2000	1	0.8	1.4	1.2	0.9	0.8	0.9	1.2	0.7	0.8	1.0	1.2
2001	1.4	1.0	1.9	1.5	1.3	1.0	1.3	1.5	0.9	1.0	1.2	1.5
2002	1.2	0.8	2.0	1.4	1.3	1.0	1.4	1.7	0.9	0.9	1.5	1.5
2003	1.5	0.8	1.4	1.3	1.1	1.0	1.2	1.3	0.8	0.8	1.3	1.4
2004	1.5	0.8	0.9	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	0.7	0.6	1.3	1.3
2005	1.4	0.8	1.0	0.8	0.8	0.9	0.9	0.8	0.5	0.6	1.0	1.0
2006	1.6	0.9	0.9	1.0	0.6	0.9	0.9	1.1	0.5	0.6	1.1	1.1
2007	1.1	0.8	1.1	1.0	0.6	0.9	1.0	1.0	0.5	0.5	1.0	0.9
2008	1.1	0.6	0.8	1.1	0.6	0.8	0.9	0.8	0.6	0.5	1.0	1.0
2009	1.3	0.7	0.9	1.1	0.8	0.8	0.9	0.9	0.6	0.6	0.9	0.9
2010	1.1	0.6	0.8	1.0	0.7	0.8	0.6	0.7	0.3	0.5	0.7	0.9

3. Tablas consulta extensión horaria 2010

2010	L- V	S	L- V	S	L- V	S	General	reales	Hrs	Excedente
Placeres	3084	960	31	8	3115	968	4083	918	-222.5	-1335
Esperanza	2470	467	34	1	2504	468	2972	567	-71.7	-430
Barón	2778	491	37	16	2815	507	3322	550	3.7	22
R. Isabel	1115	0	2	0	1117	0	1117	468	-281.8	-1691
Placilla	2105	0	15	0	2120	0	2120	386	-32.7	-196
Las Cañas	1434	694	16	13	1450	707	2157	726	-196.0	-1176
Mena	3480	224	16	3	3496	227	3723	807	-186.5	-1119
Cordillera	2743	620	75	14	2818	634	3452	649	-73.7	-442
Qda. Verde	1901	366	102	46	2003	412	2415	681	-278.5	-1671
Ptas Negras		1052	0	1	0	1053	1053	236	-60.5	-363
Rodelillo	3039	454	158	14	3197	468	3665	918	-307.2	-1843
P. Damian	2353	0	9	0	2362	0	2362	582	-188.3	-1130
Total	26502	5328	495	116	26997	5444	32441	7488	-2081.2	-12487

4. Tabla rechazos de atenciones 2002-2010

Año	Nº Rechazos	Población	Tasa
2002	26702	167529	0.16
2003	32189	172683	0.19
2004	24678	175331	0.14
2005	29662	200275	0.15
2006	36938	201389	0.18
2007	39914	205529	0.19
2008	26149	209314	0.12
2009	27286	214638	0.13
2010	23325	219242	0.11

Anexo 19: Tablas intangibles

1. Tabla trato del personal y calificación de la atención

Establecimientos	Trato del Personal									
	TOTAL	Muy Bueno(a)	Bueno(a)	Regular	Malo	TOTAL	Muy Bueno(a)	Bueno(a)	Regular	Malo
Placeres	249	84	117	42	6	100	33.7	47.0	16.9	2.4
Esperanza	263	182	66	14	1	100	69.2	25.1	5.3	0.4
Baron	258	141	101	15	1	100	54.7	39.1	5.8	0.4
Reina Isabel	242	77	144	21		100	31.8	59.5	8.7	
Placilla	202	70	91	39	2	100	34.7	45.0	19.3	1.0
Las Cañas	240	99	110	29	2	100	41.3	45.8	12.1	0.8
Mena	258	71	153	30	4	100	27.5	59.3	11.6	1.6
Cordillera	260	65	141	46	8	100	25.0	54.2	17.7	3.1
Quebrada Verde	261	56	118	77	10	100	21.5	45.2	29.5	3.8
Puertas Negras	254	9	186	59		100	3.5	73.2	23.2	
Rodelillo	257	64	168	25		100	24.9	65.4	9.7	
Padre Damian	255	110	119	23	3	100	43.1	46.7	9.0	1.2
Laguna Verde	204	56	146	1	1	100	27.5	71.6	0.5	0.5

Establecimientos	Calificación de la Atención									
	TOTAL	Muy Bueno(a)	Bueno(a)	Regular	Malo	TOTAL	Muy Bueno(a)	Bueno(a)	Regular	Malo
Placeres	249	110	103	30	6	100	44.2	41.4	12.0	2.4
Esperanza	263	170	79	10	4	100	64.6	30.0	3.8	1.5
Baron	258	143	101	12	2	100	55.4	39.1	4.7	0.8
Reina Isabel	242	112	108	20	2	100	46.3	44.6	8.3	0.8
Placilla	202	62	103	32	5	100	30.7	51.0	15.8	2.5
Las Cañas	240	116	110	14		100	48.3	45.8	5.8	
Mena	258	76	156	22	4	100	29.5	60.5	8.5	1.6
Cordillera	260	81	133	36	10	100	31.2	51.2	13.8	3.8
Quebrada Verde	261	85	109	53	14	100	32.6	41.8	20.3	5.4
Puertas Negras	254	21	170	63		100	8.3	66.9	24.8	
Rodelillo	257	60	173	23	1	100	23.3	67.3	8.9	0.4
Padre Damian	255	136	103	12	4	100	53.3	40.4	4.7	1.6
Laguna Verde	204	53	146	5		100	26.0	71.6	2.5	

2. Tabla oportunidad de la atención

Establecimientos	Oportunidad de la Atención									
	TOTAL	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca	TOTAL	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca
Placeres	249	119	68	56	6	100	47.8	27.3	22.5	2.4
Esperanza	263	171	60	26	6	100	65.0	22.8	9.9	2.3
Baron	258	133	83	38	4	100	51.6	32.2	14.7	1.6
Reina Isabel	242	109	56	54	23	100	45.0	23.1	22.3	9.5
Placilla	202	105	40	43	14	100	52.0	19.8	21.3	6.9
Las Cañas	240	99	73	60	8	100	41.3	30.4	25.0	3.3
Mena	258	109	62	73	14	100	42.2	24.0	28.3	5.4
Cordillera	260	137	53	63	7	100	52.7	20.4	24.2	2.7
Quebrada Verde	261	96	54	76	35	100	36.8	20.7	29.1	13.4
Puertas Negras	254	98	52	91	13	100	38.6	20.5	35.8	5.1
Rodelillo	257	121	110	25	1	100	47.1	42.8	9.7	0.4
Padre Damian	255	116	97	41	1	100	45.5	38.0	16.1	0.4
Laguna Verde	204	87	112	5		100	42.6	54.9	2.5	

3. Tabla existencia de lugar de reclamos

Establecimientos	Existencia de un lugar para Reclamos					
	TOTAL	Si	No	TOTAL	Si	No
Placeres	249	166	83	100	66.7	33.3
Esperanza	263	242	21	100	92.0	8.0
Baron	258	226	32	100	87.6	12.4
Reina Isabel	242	170	72	100	70.2	29.8
Placilla	202	83	119	100	41.1	58.9
Las Cañas	240	206	34	100	85.8	14.2
Mena	258	180	78	100	69.8	30.2
Cordillera	260	164	96	100	63.1	36.9
Quebrada Verde	261	129	132	100	49.4	50.6
Puertas Negras	254	179	75	100	70.5	29.5
Rodelillo	257	212	45	100	82.5	17.5
Padre Damian	255	209	46	100	82.0	18.0
Laguna Verde	204	196	8	100	96.1	3.9

4. Tabla motivo de sugerencias ciudadanas

Establecimientos	Recibir Información respecto AUGE					
	TOTAL	Si	No	TOTAL	Si	No
Placeres	249	100	149	100	40.2	59.8
Esperanza	263	140	123	100	53.2	46.8
Baron	258	113	145	100	43.8	56.2
Reina Isabel	242	69	173	100	28.5	71.5
Placilla	202	62	140	100	30.7	69.3
Las Cañas	240	119	121	100	49.6	50.4
Mena	258	112	146	100	43.4	56.6
Cordillera	260	104	156	100	40.0	60.0
Quebrada Verde	261	39	222	100	14.9	85.1
Puertas Negras	254	63	191	100	24.8	75.2
Rodelillo	257	102	155	100	39.7	60.3
Padre Damian	255	123	132	100	48.2	51.8
Laguna Verde	204	153	51	100	75.0	25.0

Bibliografía

- Alma-Ata. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria . *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, (págs. 6-12). URSS.
- Ballvé. (2002). *Cuadro de Mando Integral*. España: Gestión 2000.
- BID. (1997). *Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos* .
- Burga, D. M. (1997). *Marco conceptual del proceso de planeamiento estrategico en el sector publico*. Burga, Perú.
- Burga, D. M. (2007). *Marco conceptual del proceso de planemaiiento estrategico en el sector publico* . Lima, Perú.
- Chiavenato. (1999). *Introducción a la teoria general de la Administración*. Santa Fé Bogota : Mc Graw Hill .
- DIPRES. (2000). *Programa de Evaluación de proyectos Gubernamentales* . Chile.
- Flores, F. (1989). *Inventando la Empresa del siglo XXI*. Santiago, Chile : Domen Ediciones .
- Fred, David. (2003). *Conceptos de Administración Estrategica* . Mexico: Pearson.
- Grupo de Trabajo, A. D. (1994). *Enfoque Logico para la gestión de proyectos en la OPS*. Washington DC.
- Guerrero, A. N. (2009). *Guia para la formulación de proyectos en salud* . Lima, Perú.
- Ministerio de Hacienda, (1997). *Seminario de Capacitación en Marco Logico* . Chile.
- Homedes N, U. A. (2005). *Why Neoliberal Health Reforms have failed in a Latin America*.
- Ipinza, M. (2007). *Como solucionar el deficit de Medicos en Consultorios Urbanos Municipalizados*. Chile.
- Matus, C. (1996). *El metodo PES (Planificación Estrategica Situacional)*. la Paz, Bolivia .
- Matus, C. (1995). *Planificación y Gobierno. Cuaderno de Economia. Publicación del Departamento de teoría y politica Economica, Facultad de ciencias Economicas Universidad Nacional de Colombia*. Santa fé, Colombia.

- Matus, C. (1995). *Planificación y Gobierno. Cuaderno de Economía. Publicación del Departamento de Teoría y política Económica, Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de Colombia*. Santa fé de Bogota Colombia .
- Matus, C. (1987). *Política, Planificación y Gobierno, Fundación ALTADIR. ILPES, OPS*.
- Montoya Aguilar C, M. L. (1994). *The Effect of Economic Changes on Healt Careand Health in Chile*.
- Montoya-Aguilar, C. (1994). *Grandes zonas sanitarias de Chile: una definición preliminar basada en* .
Diario la Nación, (21 de Mayo de 2008). Cuenta a la Nación. *Cuenta a la Nación* , págs. 15-16.
- Norton, K. y. (2004). *Mapas Estrategicos*. Barcelona: Gestión 2000.
- Norton, R. K. (2001). *Como utilizar el Cuadro de Mando Integral* (Gestión 2000 ed.).
- Diario Oficial. (3 de Septiembre de 2004). Regimen General de Garantias Explicitas en Salud Ley N°19.966. págs. 13-14.
- OPS/OMS. (2007). *Renovación de la Atención Primaria de Salud de las Americas* . Washington DC.
- Rivera, J. (2003). *Implementando la estrategia empresarial, escuela de administración Universidad Católica*. Chile.
- Organización Mundial de la Salud, (2000). *Informe de la Salud Mundial mejorando desempeño*. Ginebra.
- Cuadernos Sociales, (1992). *Jornadas sobre la Salud Municipalizada*. Chile.
- www.wikipedia.com*. (s.f.). Recuperado el febrero de 2011, de http://es.wikipedia.org/wiki/Carlos_Matus
- Mintzberg, H., Ahstrand, BW and Lampel, J (1998) *Strategy safari a guided tour trough the wilds of strategy*. New York. The Free Press.
- Ortegón., E., Pacheco, J.F. y H.G Roura (2005) *Manual de formulación y evaluación de proyectos de inversión pública, serie manuales N°39 ILPES/CEPAL*
- CEPAL, (2002).”Sistemas nacionales de inversión pública en América Latina y el Caribe: balance de dos décadas – compendio general”, Serie Seminarios y conferencias, [http://www.cepal.org/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9\)12509/P12509.xml&xs=/ilpes/tpl/p9f.xsl&base=/ddpeuiee/tpl/top-bottom_inv.xsl](http://www.cepal.org/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9)12509/P12509.xml&xs=/ilpes/tpl/p9f.xsl&base=/ddpeuiee/tpl/top-bottom_inv.xsl)

ILPES-CEPAL (2004), "Panorama de la Gestión Pública"
http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/15209/panoramaGP_Parte_I.pdf

Ortegón, Edgard; Pacheco, Juan Francisco; Prieto, Adriana (2005 A), "Metodología del Marco Lógico para planificación, seguimiento y evaluación de proyectos y programas", Naciones Unidas, CEPAL - ILPES, julio 2005. <http://www.cepal.org>

Niven Paul. "BSC Step-by Step". 2005.
<http://www.symnetics.com.br/mexico/clipping/detalhe.asp?id=33>.

